

## MASCULIN, FÉMININ LE GENRE À VIEILLIR ?

24<sup>ème</sup> JOURNÉE D'ÉTUDE DE L'A.R.A.G.P.  
LYON, 15 JANVIER 2011

## MASCULIN, FEMININ,

## LE GENRE A VIEILLIR ?

Pour choisir le thème de cette journée d'études de l'ARAGP, nous avons réfléchi ensemble, sous l'impulsion de J.-M. Talpin, président de l'association, aux différentes implications du fait d'appartenir à un sexe ou à un autre au fil de l'avance en âge, et de cette réflexion, nous avons surtout dégagé de nombreux questionnements!!!

Vieillir est-il différent selon que l'on soit homme ou femme ? Sur quels plans?

Quelles différences les processus psychiques liés au vieillissement peuvent-ils présenter selon le sexe du sujet concerné ? La différence d'espérance de vie entre hommes et femmes concourt à ce que le sexe dit "faible" soit sur-représenté dans la population âgée, et, plus encore, dans celle des plus âgés, octogénaires, nonagénaires, centenaires ; comme le rappelait fréquemment , avec son franc parler, le Pr R.Hugonot, « *les vieux sont des vieilles* ».

Qu'en est-il alors de leurs représentations d'elles et d'eux lorsque l'identité propre est soumise à tant de remaniements liés à l'évolution corporelle, familiale, sociale , que suppose l'avancée aux extrêmes de la destinée humaine ?

La représentation de soi, en tant qu'être sexué, se modifie-t-elle lorsque ménopause et andropause surviennent chez les sujets concernés par l'un ou l'autre de ces évènements biologiques, et lorsque l'exercice de la sexualité génitale est compromis par le veuvage, l'isolement, social, la dépendance physique, la régression psycho-affective observable chez celles et ceux porteurs de pathologies déficitaires tardives?

En résumé, est-on encore, se sait-on encore, désire-t-on encore, être, homme ou femme lorsque l'on devient vieux ou vieille ?

Et qu'en est-il du couple, de son devenir, de sa sexualité, dans les 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> , 7<sup>ème</sup>, (voire plus ???) décennies de son existence ? L'identité sexuelle, féminine et masculine des vieux parents peut -elle être garantie dans le cadre de la famille ?

Si non, pourquoi ? Avec quelles conséquences pour tous les membres de la famille ?

Si oui, comment ? Et pourquoi ?

Et nous-mêmes, tous soignants à divers titres que nous sommes ici, comment nous représentons-nous, sur le plan de leur identité sexuelle, les personnes âgées dont nous prenons soin ? Le fait que celles-ci sont, bien plus que majoritairement, des femmes âgées influe-t-il sur notre relation de soin, et en quel sens, si c'est le cas ? La réalité que nous, soignants, sommes, plus que majoritairement aussi, des soignantes, a-t-il une incidence sur notre représentation de ces vieilles personnes, appartenant, de manière indéniable, soit à un sexe, soit à l'autre ?

En bref, tant de questions ont traversé notre réflexion préparatoire de cette journée, que nous pouvons d'ores et déjà, vous dire que nous ne pourrions pas toutes les reprendre ici, ni répondre exhaustivement à toutes les interrogations complexes qu'elles engendrent.

Nous en avons donc retenu quelques unes, que le programme de la journée précise ; nous avons aujourd'hui sollicité, pour réfléchir ensemble à cette problématique du « vieillir au masculin, vieillir au féminin » des praticiens ayant déjà porté attention à cette question du genre dans la vie psychique : nous leur avons soumis nos interrogations, formulé nos attentes, apprécié leurs propositions d'éclairage, et, d'ailleurs aussi, de complexification parfois, de nos questionnements initiaux ; les voici aujourd'hui parmi nous, ces intervenants prêts à s'engager dans le travail commun de pensée qui va être le nôtre, sur ce qu'est l'être homme et l'être femme aux confins de la vie humaine.

V. Chavane vous les présente maintenant :

Avant de vous les présenter arrêtons nous quelques minutes pour imaginer un homme et une femme sur une plage... 50 ans plus tard... Chabadabada ... Que sont-ils devenus ? Un papy qui fait de la résistance et une grand-mère qui sait faire du bon café ? Un vieil hypochondriaque et une vieille emmerdeuse ? Mais éloignons nous des clichés.

Comment rester homme lorsque la puissance se perd et que la maladie guette ?

Comment rester femme lorsque les éclats de la féminité déclinent et que la maternité s'éteint ?

La dynamique de cette 24<sup>ème</sup> journée d'étude permettra, nous l'espérons, de réfléchir ensemble sur les nombreuses questions soulevées par le thème choisi aujourd'hui.

Au préalable, il conviendra de définir le féminin et le masculin et nous avons sollicité Monique SCHNEIDER, psychanalyste à Paris, afin de nous apporter les éléments théoriques nécessaires à ce travail de réflexion. Puis, Marie-Claude MIETKIEWICZ, psychologue et Maître de Conférence à Nancy viendra nous parler de la position grand-parentale, des grands-mères et des grands-pères. Ensuite, Sébastien RICHER, psychologue clinicien

lyonnais, nous apportera sa réflexion sur l'identité masculine à travers la prise en charge d'un vieil homme dans un milieu de femmes : l'hôpital gériatrique.

Nous reprendrons cet après-midi par une lecture de Marie Rouge puis enchaînerons sur l'intervention d'un trio grenoblois, Sandrine MICOUD-TERRAUD, art-thérapeute, Michèle MYSLINSKI, psychologue, et Mireille TROUILLOUD, psychologue également. Elles présenteront deux ateliers en EHPAD sur lesquelles elles ont travaillé. Puis nous avancerons dans la clinique et Denise LIOTARD, psychologue à Alés, abordera l'approche corporelle à travers son passé de psychomotricienne.

Après une pause nécessaire nous écouterons une deuxième lecture de Marie ROUGE puis Evelyne SERPOLAY, psychothérapeute de couple à Clermont Ferrand, viendra conclure cette journée en abordant la question du « vieillir » en couple.

Alors pour nous aider à entrer dans le vif du sujet et du genre nous avons donc invité Monique SCHNEIDER, psychanalyste, directrice émérite au CNRS. Monique SCHNEIDER a opéré une lecture critique de Freud notamment sur la question de partage sexué. Son apport et son questionnement sur la différence des sexes dans cette journée nous paraissent utiles et précieux. Je vais laisser la parole à Jean-Marc TALPIN pour la présenter.

Michèle MYSLINSKI et Véronique CHAVANE

*Secrétaires scientifiques de l'ARAGP*

## SOMMAIRE

**Masculin et féminin confrontés à la question du vivant.....Page 5**

Monique SCHNEIDER

**Viellissement et différence des sexes.....Page 13**

Jacqueline SCHAEFFER

**Les grands-parents : des *grands-mères* et des *grands-pères*.....Page 35**

Marie-Claude MIETKIEWICZ

**Un homme à l'hôpital :**

**"...et se sentir parfois comme un chien vieux dans un jeu de dames..." .....Page 45**

Sébastien RICHER

**Masculin, féminin : les vieilles gens aussi sont concernés .....Page 65**

S. MICOUD-TERRAUD, M. MYSLINSKI et M. TROUILLOUD

***Faut-il dessiner un homme ? Une femme ? Vraiment, je ne sais plus*.....Page 81**

Denise LIOTARD

**Le couple : objet paradoxal investi par le sujet masculin**

**et le sujet féminin vieillissant .....Page 92**

Évelyne SERPOLAY

## MASCULIN ET FEMININ

### CONFRONTES A LA QUESTION DU VIVANT

**Monique SCHNEIDER<sup>1</sup>**

J.M. Talpin introduit son argument en posant cette question : « Homme, femme, le naît-on, le devient-on ? ». Comment comprendre cette mise en perspective de la notion du « devenir » ? Terme qui peut être pris en deux sens différents : comme mutation impliquant un but à atteindre, la première ébauche étant supposée imparfaite, ou comme exposition à un phénomène de croissance dont la finalité ne serait pas nécessairement dégagée. Il est d'ailleurs étrange qu'après le passage par la psychanalyse, les termes « féminin » et « masculin » en soient revenus plus normatifs, mieux adossés à une finalité et à des modèles garantissant une saine régulation dans les échanges entre sexes. Au moment où Simone de Beauvoir écrivait « On ne naît pas femme, on le devient », elle laissait ouverte la question de savoir si la figure censée caractériser la femme devait être recherchée comme but ou évitée à cause du risque d'aliénation qu'elle comportait nécessairement. La psychanalyse apporte-t-elle une réponse conclusive à cette question ?

#### *Le refus de l'essentialisme*

Alors que les héritiers de Freud s'emploient fréquemment à rechercher dans le texte magistral les fondements théoriques d'un appareil dogmatique, on assiste souvent, dans l'avancée textuelle du maître, à des stratégies d'esquive ou à des présentations revêtant principalement la forme d'interrogations. Ainsi, dans le chapitre des *Nouvelles Conférences*

---

<sup>1</sup> Psychanalyste, Paris.

consacré à « La féminité », Freud refuse d'emblée d'enfermer la question de la différence sexuelle dans des formules rédhibitoires :

« Il appartient à la nature même de la psychanalyse de ne pas vouloir décrire ce qu'est la femme - ce serait pour elle une tâche difficilement réalisable -, mais d'examiner comment elle le devient, comment la femme se développe à partir de l'enfant aux dispositions bisexuées »<sup>2</sup>.

Alors que cette déclaration préliminaire suggère une mosaïque à l'intérieur de laquelle pourraient s'entrevoir des orientations multiples, Freud a soudain recours, quelques lignes plus loin, à une affirmation plus brutale : si on se fait attentif aux réactions de la petite fille, il semble que les stigmates de la féminité ne soient pas très lisibles et Freud préfère imposer une définition qui tranche fermement avec le discours officiel : « La petite fille, déclare-t-il audacieusement, est un petit homme ». La féminité supposée reflue ainsi vers l'horizon et elle ne pourra s'imposer que si interviennent d'importantes métamorphoses ainsi que des changements de cap. Il conviendra toutefois de se souvenir que, si la petite fille peut ultérieurement accéder à la féminité, elle conservera toujours, agissant au niveau du socle, un pouvoir d'affirmation que la doxa culturelle attribue plus volontiers à l'être masculin.

La définition de la petite fille comme « petit homme » laisse néanmoins perplexe ; pour en recueillir la teneur, encore faudrait-il déployer ce qui fait la spécificité du masculin. Or, dans les *Trois Essais*, la définition du masculin est elle-même fuyante, dans la mesure où ce qui spécifie le petit garçon est fondé sur ce qui le différencie de la petite fille : il a ce qu'elle n'a pas. On reste donc dans le différentiel, sans parvenir à cerner l'essentiel. Dans l'œuvre de Freud, s'il existe deux textes traitant de ce qui spécifie le féminin - « La sexualité féminine » et « La féminité » -, on ne trouve aucun opuscule qui soit officiellement consacré à la définition du masculin. Dans les *Nouvelles Conférences*, on trouve bien une présentation d'ensemble, non de l'anatomie masculine, mais du caractère global de son agir, tableau d'ensemble devant lequel Freud semble peu satisfait :

« Le mâle poursuit la femelle dans le but de la réunion sexuelle, il l'attaque, pénètre en elle. Mais, ainsi, vous n'avez fait que réduire, pour la psychologie, le caractère du masculin au facteur de l'agression »<sup>3</sup>.

« Réduire » : se trouve ainsi inscrite une opération qui apparaît à plusieurs reprises pour désigner la vision qu'un sexe a de l'autre. Il s'agit en général de l'appréciation que l'homme porte sur la femme ; il ne pourrait en effet la désirer qu'à la condition de la « rabaisser ». Ici, c'est le regard théorique qui se voit chargé d'opérer la « réduction » qui est ailleurs posée comme condition du désir. Il est vrai que, dans l'écriture de Freud, le masculin est, à plusieurs reprises, entrevu plus qu'analysé. La brièveté caractéristique du temps du

---

<sup>2</sup> *Nouvelles Conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1984, p.156.

<sup>3</sup> *Id.* p.154.

regard serait-elle à mettre au compte d'une déception furtive : il n'est que cela ? La démarche freudienne ne semble pas uniquement commandée par la recherche d'un gain théorique, mais par son souci d'ausculter l'objet en mesurant la charge en désir qu'il peut susciter. Dans « Les théories sexuelles infantiles », Freud souligne d'ailleurs la charge pulsionnelle qui peut lester le travail de pensée. Une opinion n'est pas examinée exclusivement pour sa teneur en vérité, mais également pour la « préférence (*Bevorzugung*) de nature pulsionnelle »<sup>4</sup> qu'elle peut provoquer. Le terme de *Bevorzugung* est loin d'être indifférent puisque, dans *Malaise dans la civilisation*, il est employé pour désigner l'opération faisant du peuple d'Israël un peuple élu, un « préféré » de Dieu. Or ce mouvement consistant à conférer à quelque autre - individu ou production culturelle - une promotion serait également agissant dans le travail de pensée, lorsqu'il s'agit d'adopter une idée.

### *Le devenir féminin, objet de la fascination freudienne*

On passe à côté de l'investissement pulsionnel à partir duquel Freud appréhende certaines thématiques si on considère *L'Interprétation du rêve*, précédé des Lettres à Fliess, comme représentant l'équivalent de ce que leur auteur nomme son auto-analyse. Choisir cette seule direction de recherche revient à ignorer le travail indissolublement représentatif et affectif qui s'accomplit, uniquement auprès des femmes, dans les *Etudes sur l'hystérie*. Il ne s'agit d'ailleurs pas, en se faisant attentif à cette exploration freudienne, de dégager seulement une position féminine, mais de faire apparaître le travail de différenciation grâce auquel la démarche passe par une réaction expulsive et défensive prêtée au féminin, pour s'ouvrir ensuite à une attitude valorisant l'« espace creux » et l'opération visant à « admettre », à l'intérieur de soi, un élément que la frayeur (*Schreck*) posait initialement comme « étranger ». Après Mme Emmy, campant son théâtre à partir du « Ne bougez pas ! », c'est en se penchant sur le cas d'Elisabeth que Freud est amené à reconvertir de fond en comble sa vision du parcours thérapeutique.

Assez curieusement, Freud n'a pas besoin de rassembler une série d'indices pour être conduit à forger une autre approche du féminin ; il se contente d'avouer l'impression produite par la première rencontre avec la jeune fille :

« Dès le début, je soupçonnais que Fräulein Elisabeth était consciente des motifs de sa maladie, donc qu'elle renfermait dans sa conscience un secret (*Geheimnis*), non un corps

---

<sup>4</sup> « Les théories sexuelles infantiles » in *La Vie sexuelle*, PUF, Paris, 1969, p.18.

étranger. En la regardant, on pensait aux paroles du poète : 'Ce petit masque-là fait augurer un sens caché' »<sup>5</sup>.

Il est significatif que Freud fasse reposer un jugement théorique, non sur le rassemblement d'une série de justifications raisonnées mais sur un premier regard. Un regard à l'intérieur duquel il prend directement possession de ce qui constitue l'organisation intime de l'hystérie. Il n'est d'ailleurs pas uniquement question de livrer la structure profonde de cette pathologie, mais de la situer dans une histoire. Avec Elisabeth, ce n'est donc pas à la femme déployant une force de résistance que Freud se trouve confronté, mais au moment crucial que doit traverser la trajectoire féminine. Elisabeth est en effet censée se débattre contre sa condition de « jeune fille », de *Mädchen*. Un terme allemand intraduisible est proposé : *Mädchentum* (état de jeune fille). Quelques lignes plus loin, le thérapeute avoue son désir de « se transporter dans la vie de l'âme d'une jeune fille (*in das Seelenleben eines Mädchens*) »<sup>6</sup>. La traduction française ne respecte pas le texte dans sa littéralité, mais propose néanmoins une transcription intéressante : « faire sien le psychisme d'une jeune fille ». Si on prend au sérieux l'intention explicitée par Freud, on peut regarder l'étude du cas d'Elisabeth comme capable de nous livrer une composante de ce qui contribue à constituer le féminin. En deçà de l'accès au devenir-femme et au devenir-mère, une contrée rarement explorée se dessine, celle qui a trait à la *Mädchentum*, à l'état de jeune fille ou de petite fille, le terme de *Mädchen* pouvant renvoyer à l'une ou à l'autre.

La question concerne alors l'ouverture à une métamorphose plus que la mention d'un avoir. L'interrogation sur l'avoir n'est pas pour autant renvoyée, mais elle ne suffit pas à donner accès à cette étrange métamorphose qui conduit la *Mädchen* à faire place, au creux d'elle-même, à un autre habitant qu'elle-même. C'est sur cette question pouvant se métaphoriser par l'ouverture d'une porte interne - dans *Le Tabou de la virginité*, Freud parlera de « destruction d'un organe » - que se détermine la différence entre l'état de *Mädchen* et celui de femme ou de mère. Or, dans *L'Interprétation du rêve*, la possibilité d'une telle transformation suscite de solides défenses. Freud ne se contente d'ailleurs pas de recueillir des protestations ou des angoisses, il reconnaît qu'une connivence peut s'instaurer entre lui et la « jeune femme » qui entrevoit un avenir chargé d'inquiétude. La mention de ce trouble est introduite dans le texte grâce à une médiation masculine :

« Un ami qui connaît ma théorie du rêve et l'a communiquée à sa femme me dit un jour : 'Il faut que je te raconte que ma femme a rêvé hier qu'elle avait eu ses règles. Tu sauras bien ce que cela signifie.' Assurément, je le sais ; si la jeune femme a rêvé qu'elle a ses règles, c'est que les règles ne sont pas venues. Je peux penser, quant à moi, qu'elle

---

<sup>5</sup> *Etudes sur l'hystérie*, PUF, Paris, 1967, p.108. *GW I* p.200.

<sup>6</sup> *Id.* p.113. *GW I* p.206. Passage plus longuement étudié dans mon dernier livre, *La Détresse aux sources de l'éthique*, Seuil, Paris, 2011.

aurait encore volontiers savouré quelque temps sa liberté, avant que ne commencent les misères (*Beschwerden*) de la maternité »<sup>7</sup>.

La réaction de retrait devant l'annonce de la maternité est repérée à plusieurs reprises dans ce texte initiatique et, si on ne connaissait pas la suite de la construction freudienne, on pourrait se représenter l'enfant, non comme venant réparer, sur le mode phallique, le corps maternel, mais comme risquant de le priver d'une potentialité de liberté. Quant au rapport masculin à la fécondité, il semble tout aussi hypothéqué que le parcours féminin.

### *La trajectoire onirique masculine*

Il n'y a pas à s'engager bien profondément dans le livre sur les rêves pour découvrir les motifs inconscients qui se mettent en travers de la représentation, chez l'homme, de sa propre fécondité. Autant l'appendice masculin se trouve, dans la plupart des constructions théoriques freudiennes, campé comme valeur absolue, comme avoir fondamental, autant, dans l'élaboration onirique, il se fait représenter par des instruments porteurs de risque. Il en va ainsi de la seringue, symbolisant aussi bien le masculin que le médical, qui est centre du rêve de l'injection faite à Irma. Rêve infernal, dans la version qu'il propose de la pénétration masculine dans le corps féminin.

Du côté féminin - un féminin, il faut le souligner, qui se trouve retranscrit par une lecture masculine - , une plainte est émise : « Si tu savais comme j'ai mal ». S'ensuit une contre-attaque masculine, comme si la plainte constituait une agression. Des « reproches » sont en effet adressés par le personnage onirique incarnant le corps médical : la patiente est accusée de n'avoir pas accepté la « solution » proposée. Soulignons que, en allemand comme en français, le terme de « solution » (*Lösung*) renvoie aussi bien à la proposition interprétative qu'au liquide injecté par la seringue. Lors de l'examen de la gorge, l'effroi s'empare du médecin : « Je suis effrayé et je la regarde ». Le regard intervient ici comme riposte visant à maîtriser l'affect. Il appartient en effet à l'exercice visuel de positionner le réel en face de soi et non à l'intérieur de soi, ce qui permet la mise en place d'une surveillance et d'une relative tentative de déni, dans la mesure où le champ visuel peut être situé dans le non-moi.

Une coupure interne-externe domine la distribution qu'impose le rêve ; c'est bien dans l'espace externe qu'apparaît le mal, mais ce même mal peut être aussi renvoyé à l'extérieur :

---

<sup>7</sup> *L'interprétation du rêve* (désormais *IR*), PUF, Paris, 2003, p.161.

« Pas de doute, c'est une infection, mais ça ne fait rien ; il va s'y ajouter de la dysenterie et le poison va s'éliminer. (...) Il est vraisemblable aussi que la seringue n'était pas propre »<sup>8</sup>.

Le visage du masculin-médical est ici inquiétant ; il se fait principe de souillure et principe de maladie. La femme-patiente occuperait ainsi une fonction de victime. Une note de bas de page établit d'ailleurs une liaison métaphorique entre l' « injection » présente dans le rêve et le fait que l'épouse de Freud est actuellement enceinte. La grossesse féminine serait-elle le résultat d'une souillure introduite par l'agent masculin ? On se demande comment une production de vie peut résulter d'une telle rencontre. La présence d'une relative horreur de soi sera d'ailleurs agissante tout au long du livre et il n'est pas illogique que le dernier chapitre débute par le récit de l'enfant mort qui brûle.

On comprend que, dans la recherche fantasmatique de l'origine du vivant, Freud envisage, sur le mode ludique, une production de vie essentiellement féminine, le rôle masculin se limitant à une fonction d'empêchement et de contrôle. Freud enverra effectivement à Fliess un poème parodique pour célébrer la naissance du second fils de ce dernier : « Salut au père qui, tout au fond du calcul,/ A trouvé à endiguer la puissance du sexe féminin,/ Pour qu'il porte sa part d'obéissance à la loi ». Etrange est le rôle attribué au père ; il lui appartiendrait, s'il ne peut se présenter lui-même comme ayant coopéré à la production d'un nouveau vivant, de limiter, d' « endiguer » le flux de vie présent chez la femme.

Il ne suffit pas d'incriminer le pessimisme habitant la vision freudienne, mais il s'agit de prendre la mesure de la puissance d'un tel univers fantasmatique. La rencontre clinique nous met plus ou moins fréquemment en présence de cette réaction masculine, parfois solidaire de lectures liées à la masturbation. L'émission spermatique s'est souvent trouvée identifiée, dans certaines mises en garde prononcées par des confesseurs, à un facteur nocif, causant la production d'enfants déformés. Le langage courant n'est en outre pas rassurant : si on parle de « pollution nocturne », suffit-il que l'émission spermatique se produise avec la bénédiction solaire pour que soit levé le risque d'impureté ?

L'un des rêves les plus vertigineux consigné par Freud dans son texte fondateur est celui des écuries d'Augias ; de ce récit, je ne retiens que la fin : « J'urine sur le banc, un long jet d'urine rince et nettoie tout, les plaques d'excréments se détachent facilement et tombent dans l'ouverture. Comme si à la fin il restait encore quelque chose »<sup>9</sup>.

Que représente d'ailleurs ce « quelque chose » qui reste et qui pourrait entretenir un certain rapport avec la tâche thérapeutique, à laquelle Freud associe l'ensemble des éléments du rêve ? Le « long jet d'urine » serait alors pourvu d'une fonction cathartique ; ou est-ce l'hypothétique souillure masculine, évoquée dans le rêve de la seringue, qui

---

<sup>8</sup> IR, *op.cit.* p.143.

<sup>9</sup> IR, *op.cit.* p.518.

réapparaît ici ? N'oublions pas que l'époque pendant laquelle Freud donne naissance à la psychanalyse se situe dans un rapport de proximité avec les élaborations - effectuées en territoire pontifical - autour du thème de l' « Immaculée Conception ». L'être masculin serait-il intrinsèquement porteur de nuisance, du fait de ce risque consistant à « maculer » la femme ? La menace de l'excrémentiel pèse sur les représentations de la rencontre sexuelle et de la production à laquelle elle pourra éventuellement aboutir.

L'une des façons de conjurer la menace excrémentielle sera de pratiquer une coupure entre les contributions masculine et féminine. Pour que s'effectue un travail de séparation entre les rapports masculin et féminin à la fécondité, il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'attribuer à quelque défense psychique personnelle l'œuvre de partage ; il suffit de ne pas contrarier les clivages mis en place par l'héritage culturel, le champ théologique pouvant entretenir des rapports de complicité inattendue avec le champ scientifique ; souvenons-nous que l'urgence antiseptique qui résulta des travaux de Pasteur prit la forme d'un combat contre ce qui, pudiquement retranscrit à partir de l'étymologie grecque, devint la « petite vie » correspondant au sens de « microbe ». Freud est probablement influencé par ce courant, quand il félicite son ami Fliess d'avoir réussi à « endiguer la puissance du sexe féminin ». La mère est ainsi vue comme productrice de vies débordant toute tentative de régulation, ce qui confère au père la fonction de limitation : « endiguer » la menace de débordement. En déléguant à la femme une complicité fondamentale avec le vivant - complicité dont certaines réactions féminines, avouées dès *L'Interprétation du rêve* ou rencontrées sur le divan, permettent de douter -, Freud se laisse aspirer dans ce courant qui conduit au rêve de l'enfant mort et de la défaillance paternelle.

Il est néanmoins possible de rencontrer une autre perspective concernant l'hypothétique fécondité masculine, au moment où Freud se place, non dans l'espace familial, mais dans la situation clinique. Dans « Le début du traitement », c'est la participation masculine à la production de l'enfant qui sert de métaphore pour faire comprendre le pouvoir de l'analyste. Je cite d'abord ce texte dans sa première traduction française, ce qui permet de mieux comprendre les défenses culturelles qui s'opposent à la symbolisation du rapport masculin à la fécondité :

« Le pouvoir de l'analyste sur les symptômes est en quelque sorte comparable à la puissance sexuelle ; l'homme le plus fort, capable de créer un enfant tout entier, ne saurait produire, dans l'organisme féminin, une tête, un bras, ou une jambe seulement, il n'est même pas capable de choisir le sexe de l'enfant. La seule chose qui lui soit permise est de déclencher (*einleiten*) un processus extrêmement complexe, déterminé par une série de phénomènes et qui aboutit à la séparation de l'enfant d'avec la mère »<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> In *La Technique psychanalytique*, PUF, Paris, 1953, trad. A.Berman, p.89. *GW VIII* p.463.

N'est-il pas révélateur que le fragment où aurait pu être désignée la « puissance masculine » soit oblitéré par la traduction et remplacé par la mention de « la puissance sexuelle » ? L'expression allemande à laquelle Freud a recours désigne effectivement la « *männliche Potenz* », donc la puissance « masculine » (*männliche*). Pourquoi doit-elle disparaître dans le texte français et, en quelque sorte, se trouver mise sous voile ? Il est étonnant que Freud n'effectue cette rencontre avec un masculin compatible avec l'arrivée au monde d'un enfant que lorsqu'il agit en tant que psychanalyste. Il est vrai que cette puissance est regardée, non comme instauratrice de limites imposées à la mère - selon une thématique régnante -, mais comme elle-même marquée par des limites, donc comme devant renoncer à une toute-puissance. Le père accepte en effet que ce qu'il a lui-même « enclenché » aille habiter dans le corps de la mère, donc dans un espace qui lui échappe. N'est-ce pas la limitation imposée par les conditions de l'écoute analytique qui permet que devienne représentable et acceptable une fonction s'exerçant dans une temporalité peu maîtrisable ?

## VIEILLISSEMENT ET DIFFERENCE DES SEXES

**Jacqueline SCHAEFFER<sup>11</sup>**

Si je suis convoquée à parler éternellement de l'éternel féminin, je préciserai néanmoins que, dans la définition que j'adopte, le féminin ne se définit que par rapport au masculin, et donc à la différence des sexes. A mon sens, il s'agit d'une co-crédation. Je renvoie à mes travaux sur « Le refus du féminin »<sup>12</sup>.

Il importe de repérer ce qui est commun aux deux sexes, dans une négation, dans un refus du féminin, à savoir les défenses anales et phalliques, au service du narcissisme. Le couple masculin-féminin ne peut advenir chez chacun d'eux et dans leur relation qu'avec l'intégration et le dépassement de ces positions, même si tous les conflits tendent à y ramener de manière régressive.

Du côté des hommes, il importe de distinguer le narcissisme anal, celui du muscle, du contrôle et de la maîtrise, qui peut s'exercer également sur la domination et la domestication de la femme, et le narcissisme phallique, le « machisme » ordinaire, basé sur le mépris de la femme considérée comme châtée, et donc menace pour le « phallique » de l'homme.

Du côté des femmes, il importe de distinguer le féminin, la féminité, et les femmes, pour ne pas dire « la » femme, puisqu'on prétend, comme vous le savez, chez nos collègues lacaniens, qu'elle « n'existe pas ». Ils précisent désormais qu'elle ne « consiste » pas. Et il y a bien évidemment le maternel, partie intégrante de la sexualité féminine, à la différence de la fonction paternelle chez l'homme qui participe davantage de la symbolisation et du social.

---

<sup>11</sup> Psychanalyste, Paris.

<sup>12</sup>Schaeffer J. (1997, 2008, Nouvelle Edition « Quadrige » Essais, Débats, Postface de René Roussillon) : *Le refus du féminin (La sphinge et son âme en peine)*, Coll. Epîtres, Paris, PUF.

Winnicott, quant à lui, théorise un « féminin pur », qu'il réfère, comme vous le savez, à l'être et non au faire, au maternel, antérieurement à la pulsion et donc à la différence des sexes.

Ce qu'il m'intéresse d'interroger, à propos de notre thème, c'est comment se situent les crises du milieu de la vie et du vieillissement en fonction de la différence des sexes.

Au 19<sup>ème</sup> siècle, la ménopause se trouve associée à la notion d' « âge critique », de « retour d'âge ». Mais de quel retour s'agit-il ?

J'énoncerai d'emblée mon hypothèse : non seulement ces crises réactivent celles des transformations corporelles de la puberté et de l'adolescence, mais elles convoquent à nouveau également la crise du conflit oedipien, celle, tellement violente, de l'épreuve de la différence des sexes.

Comment ces moments critiques peuvent-ils être transformés, dépassés, sublimés ou non, dans les deux sexes, pour accéder au couple masculin-féminin, et, si celui-ci a été élaboré, comment peut-il continuer à se maintenir jusqu'à la fin de la vie ?

### **La notion de crise**

Beaucoup de travaux psychanalytiques se sont penchés sur les crises de l'enfance : les drames de la séparation d'avec les objets primaires, la crise des investissements érotiques et des mouvements identificatoires du conflit oedipien, etc.. D'innombrables écrits sont consacrés aux crises de la puberté et de l'adolescence.

Mais on est frappé par le peu de travaux en psychanalyse consacrés à l'étude des crises du milieu de la vie : celles de la ménopause, de la réactivation des angoisses de castration, de la peur du vieillissement, de la peur de la mort, etc.

Je tenterai d'aborder ce problème sous l'angle de la psychopathologie de la vie quotidienne, et celui de l'épreuve de la différence des sexes dans la psychosexualité de l'âge adulte, me laissant guider par Freud, dans son souci d'éclairer le fonctionnement dit « normal » de l'individu.

Si je parle de crise à propos de ces moments, porteurs certes de risques traumatiques, c'est pour mettre aussi et surtout l'accent sur les potentialités évolutives qu'ils offrent. Les pathologies lourdes, signant l'échec et l'effondrement du travail psychique, sont dans l'impossibilité de se constituer en crise. Je considère que les moments de crises psychiques sont un passage souhaitable et fécond de la vie de tout individu, mettant à l'épreuve et en condition d'expérience les capacités psychiques de transformation de l'appareil psychique.

La sexualité humaine est, comme on le sait, dans ses origines mêmes, potentiellement traumatique. Mais la crise, à mon sens, est une « chance », dans toute la

polysémie du terme. Une chance de mise au travail psychique, de mise à l'épreuve des capacités de séparation et de deuil, une chance pour la psyché de se nourrir de l'envahissement pulsionnel, de tester la qualité du noyau de masochisme primaire, gardien de vie et de jouissance, une chance de vivre des expériences de vie et de rencontre, de confrontation à la destinée humaine.

Mon hypothèse est que l'absence de crise, lors de la traversée des épreuves de la vie : celles de la perception de la différence des sexes, de l'Oedipe, de la puberté, de la relation sexuelle, ou de la ménopause, peut être le signe d'un évitement de la conflictualité et de difficultés de remaniement psychique. Un appareil psychique flexible, donc fiable est celui qui se trouve capable d'affronter ces épreuves en les vivant pleinement, c'est-à-dire dans toute leur violence pulsionnelle.

### **Le milieu de la vie**

On sait actuellement que l'âge de la vieillesse se déplace parallèlement à l'espérance de vie, si bien qu'entre 1930 et 2000, ce sont quinze années qui ont été gagnées.

Les crises du milieu de la vie ne se situent pas au même moment chez les femmes et chez les hommes.

Chez la femme, leur début précède ou suit l'arrivée du moment fatidique de la ménopause, assez brutale puisqu'il s'agit d'une réalité biologique : la cessation de l'ovulation, des règles et donc des capacités procréatrices. Beaucoup de femmes la subissent comme un coup de tonnerre dans un ciel serein.

Quelques données sociologiques. Cette année, en France, plus de 500.000 femmes ont atteint la ménopause, il y a donc aujourd'hui 10 millions de femmes déjà ménopausées. Au début du siècle, l'espérance de vie d'une femme était de 50 ans, elle est aujourd'hui de 83 ans. Après la ménopause, il lui reste donc, en moyenne, 33 ans à vivre, c'est-à-dire la moitié de sa vie adulte. Et pourtant, la ménopause reste associée à la vieillesse, malgré les 15 années qui séparent le début de l'une et le début de l'autre.

Il est donc important de s'interroger, en tant que psychanalyste, sur le silence et l'extrême rareté de travaux psychanalytiques concernant la ménopause. Parmi la prolifération d'articles et de livres psychanalytiques traitant de la féminité, de la sexualité féminine et de la maternité, toute référence à l'existence même de la ménopause semble bannie. En décembre 2000, une analyste américaine, Ruth Lax, qui avait été chargée par

l'IPA d'organiser un work-shop sur la ménopause, n'a trouvé aucun analyste pour proposer un travail sur ce sujet.

Je poserai que cette question fait l'objet d'un déni et d'un tabou. Ce qui confirme l'hypothèse de base de mes travaux et recherches : c'est le sexe féminin qui fait effraction, et qui met à mal l'épreuve de la différence des sexes.

Mais ces données sociologiques ne préjugent en rien de l'âge ou de la période du vécu intrapsychique, propre à chaque individu, d'un point d'arrivée au sommet d'une côte qu'il va falloir redescendre. Et du vertige et bouleversement qui s'emparent alors de lui, qu'il regarde en arrière, ou en avant.

Ce moment est soumis au retour de traumatismes déniés ou d'éléments refoulés de la vie libidinale et relationnelle, qui bouleversent la temporalité psychique, le statut des imagos et les étayages. Le transfert dans la cure peut en permettre l'élaboration par l'interprétation de multiples après-coup.

### **Le chiasme du réel et du symbolique**

Si je parle de crise, c'est au sens de la crise psychique, interne, même si elle s'articule à un événement de la réalité, que je ne considère que comme un révélateur, un réactivateur, une « neurotica ». Confrontée à la crise, au conflit intrapsychique, toute personne peut se raccrocher aux branches du social, de la prestance ou du sexuel.

Cependant, les crises se situent la plupart du temps au carrefour du réel et du psychique, dans un chiasme. Et il s'agit d'élaborer des angoisses et des pertes aussi bien intrapsychiques, fantasmatiques que réelles.

Dans les crises de la ménopause comme du milieu de la vie, le versant psychique est celui des représentations du sexuel et de la mort. Ce qui nécessite une réélaboration du complexe de castration et de la position dépressive des moments de crise antérieurs.

Pour la femme qui entre en ménopause, il s'agit de ce que le réel biologique, la mort des capacités procréatrices entraîne comme remaniements du côté du maternel et du féminin.

Qu'en est-il chez l'homme, pour qui la crise se situe plutôt du côté de la réactivation d'angoisses de castration plus diffuses, et où le réel apparaît plus complexe ? La femme ménopausée, du même âge que lui, le confronte, bien évidemment, aux angoisses de son vieillissement, à ses angoisses de perte de puissance érotique et de fin de fonction procréatrice. Mais je pense que l'ébranlement du socle phallique doit être pensé au delà ou en deçà, jusqu'aux assises de l'identification primaire au père symbolique.

La capacité de procréer – tant qu'elle existe chez une femme, mais aussi tant que l'homme peut s'en prévaloir – fait fantasmatiquement obstacle à la mort. Une fois cette capacité perdue, rien n'arrête plus la fuite du temps.

Comment ces angoisses de castration, qui touchent à la capacité érotique, mais qui également figurent la mort, vont-elles pouvoir s'élaborer chez l'un et l'autre sexe ?

### **Les crises et la différence des sexes**

Freud a désigné, à plusieurs reprises dans son œuvre, deux moments où se produit « une augmentation considérable dans la production de libido » : à la puberté et au moment de la ménopause. Il précise : « il y a des hommes qui, comme les femmes, présentent un climatère, et, à l'époque où leur puissance diminue et leur libido s'accroît, produisent une névrose d'angoisse ». Le langage populaire parle du « démon de midi ».

S'il y a augmentation de libido lors de ces phases, ce que la clinique nous enseigne, et ce que Freud attribue à des phénomènes physiologiques, cela ne va pas dans le sens de ce qu'on s'accorde à penser et à dire, même encore aujourd'hui, d'une baisse de libido au cours du vieillissement. Les crises existentielles qui accompagnent ces moments de la vie mobilisent de grandes quantités de libido, et témoignent de la reprise et de la reviviscence des conflits essentiels qui ont trait à la sexualité et à la mort. C'est-à-dire au complexe d'Œdipe et à toutes les épreuves de deuil à accomplir.

Je pense que l'épreuve de la différence des sexes fait à nouveau effraction à cette époque de la vie, et qu'elle nécessite une urgence d'élaboration. En effet, hommes et femmes sont loin d'être à égalité face au problème de la procréation, à celui de la séduction érotique et à celui de la mort.

### **LES CRISES CHEZ L'HOMME**

Freud a 42 ans, en 1896, quand son père meurt. « Tout le passé ressurgit » écrit-il à Fliess. Cela produit une véritable révolution dans sa créativité théorique, ancrée dans son autoanalyse. Il découvre sa passion d'enfant pour sa mère et ses sentiments hostiles à l'égard de son père. Il abandonne alors sa « neurotica », sa théorie de la séduction traumatique, si bien entretenue par les femmes hystériques qu'il voit. Le complexe d'Œdipe n'apparaîtra dans ses écrits que plus tardivement. Mais Freud a découvert là quelque chose d'essentiel : la sexualité infantile, qui va faire scandale, et l'importance du fantasme, à la fois créateur du psychisme mais aussi capable de le rendre malade. Il parviendra alors à théoriser le concept de pulsion, en tant que séduction interne par une poussée constante qui

violente le moi. Parallèlement, il analyse ses propres rêves et découvre la « pensée du rêve » et son lien avec la pensée de l'hystérique.

A 50 ans, il écrit : « une personne comme moi n'a plus que faire de l'excitation sexuelle ».

Plus tard, à l'âge de 69 ans, en 1925, Freud écrit à Lou Andréas Salomé que le désir, chez lui, n'a plus la même intensité : « Une carapace d'insensibilité se forme lentement autour de moi. C'est une évolution naturelle, une façon de devenir inorganique. C'est ce qu'on appelle, je crois, « détachement propre au grand âge ». Freud n'est pas tellement vieux, mais sa maladie cancéreuse a déjà deux ans et le mine. Et au cours de cette année deux personnes importantes pour lui, Breuer et Abraham, vont mourir. Freud écrit sa biographie, et c'est une année extrêmement productive (entre autres : « Note sur le *Bloc notes magique* », « La Négation », « Quelques additifs à l'ensemble de l'interprétation des rêves », « Quelques conséquences psychologiques de la différence anatomique entre les sexes », et « Inhibition, symptôme et angoisse »). Freud poursuit sa réflexion, à Lou Salomé : « Ce doit être en rapport avec un tournant décisif dans la relation entre les deux pulsions dont j'ai supposé l'existence ».

Alors, quel lien peut-on faire entre angoisse de mort et invention de la pulsion de mort ?

Et Freud ajoute : « la pression sensible et incessante d'une foule de sensations inopportunes doit avoir précipité cette situation ».

Il revient donc sur sa notion de poussée constante et son exigence de travail psychique. Mais il s'agit là d'une poussée constante contre-pulsionnelle, défensive contre un excès d'excitations « inopportunes », que l'on peut relier à sa maladie, mais aussi à ce qu'il dit du surcroît de libido dans la crise chez les hommes. « La libido ne faiblit pas ; mais il se produit, comme pendant le climatère des femmes, un tel accroissement dans la production de l'excitation somatique que la psyché s'avère insuffisante, de façon relative, à maîtriser cette dernière »<sup>13</sup>. Ce repli-carapace de Freud s'avère donc être une sauvegarde de narcissisme obligé.

### **L'angoisse de castration génitale**

« A l'époque où leur puissance diminue et leur libido s'accroît », dit Freud. Ce qui témoigne bien du fait que la libido n'a pas à être confondue ni avec la sexualité, qui n'en est qu'un des champs d'expérience, ni avec les performances sexuelles de l'organe. La libido

---

<sup>13</sup> Freud S. (1895), « Qu'il est justifié de séparer de la neurasthénie un certain complexe symptomatique sous le nom de « névrose d'angoisse », *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF 1973.

est masculine, dit Freud, c'est-à-dire active, y compris sous son expression passive chez les femmes.

Cette activité, j'estime pouvoir la mettre au compte de la poussée constante de la libido, qui « nous pousse toujours en avant », comme dit Freud citant Goethe. "Sur le trajet de la source au but, écrit-il, la pulsion devient psychiquement active »<sup>14</sup>.

Cette poussée constante libidinale s'oppose aux poussées périodiques de l'instinct et du besoin. "La pulsion est une excitation pour le psychisme", écrit Freud, " (elle) .. n'agit jamais comme une force d'impact momentanée, mais toujours comme une force constante »<sup>15</sup>.

Nous avons défini cette pulsion sexuelle à poussée constante comme étant à la fois ce qui nourrit et effracte le psychisme. Le fait que la pulsion pousse constamment, alors que le moi est périodisé, temporel, lui impose, dit Freud, une « exigence de travail ».

Toutes limitations telles qu'échec amoureux ou professionnel, maladie, tout ce qui laisse impuissant entraîne des stratégies défensives de type hypervirilité, ou la transgression compulsive de divers interdits, quand ce ne n'est pas une inhibition sexuelle massive.

### **Angoisse de castration et angoisse de mort**

L'angoisse de castration, lors des crises du milieu de vie chez l'homme, s'intrique étroitement à l'angoisse de mort, qui n'en est qu'un analogon, comme le dit Freud, et les défenses mises en œuvre se produisent bien souvent dans le sens du déni et d'une suractivité d'allure hypomaniaque.

Freud, à 59 ans, écrit : « Nous manifestons une nette tendance à mettre de côté la mort, à l'éliminer de notre vie. Nous essayons d'étouffer l'affaire. Personne ne croit à l'éventualité de sa propre mort ».

Mais le sentiment que la mort n'est plus une abstraction devient inévitable. Bien des hommes, comme tentatives de guérison de l'angoisse suscitée par la vieillesse et la mort, se lancent dans de nouvelles amours avec des femmes bien plus jeunes qu'eux, et dans de nouvelles paternités. La conquête d'une jeune femme, se pliant aux caprices du désir, et si possible en admiration, redore le blason narcissique phallique de l'homme. Une nouvelle paternité induit un sentiment de renaissance, avec le sentiment que l'enfant procure une attestation visible de sa virilité, une confirmation de sa puissance, et assure une prolongation de sa vie au-delà de la mort.

---

<sup>14</sup> Freud S. (1933), *Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse*, Paris, Gallimard, Connaissance de l'inconscient, 1984.

<sup>15</sup> Freud S. (1915), « Pulsions et destins des pulsions », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.

## **Le phallus paternel, la symbolisation et la mort**

La mort des capacités procréatrices de la femme renvoie celle-ci à la relation à son imago maternelle, à sa relation prégénitale.

Chez l'homme, je pense que les angoisses de castration sont à mettre en lien avec la mort du père ou d'une figure paternelle, mort réelle, mais surtout risque de mort des assises de l'identification primaire, exemplaire, emblématique au père symbolique de la préhistoire.

Ainsi, quand la mort réelle du père est advenue et ne sert plus d'écran, et particulièrement quand l'homme en vient à être grand-père, il n'y a plus de barrage entre la mort et lui. Pour les deux sexes, les générations en deçà et au delà ne les protègent plus contre la représentation de leur propre mort qui se profile.

Je pense qu'il y a risque de perte des repères phalliques mis en place lors de l'Œdipe, en lien avec ces premières identifications.

Ceci d'autant qu'entre le fait de devenir grand-père, et la représentation de la mort du père, se crée un fantasme de réalisation oedipienne de meurtre du père. La place du père réel est délogée de sa place de grand-père, où il était encore père, et père à tuer. S'il meurt et qu'on devient grand-père, il est doublement mis à mort. D'où une recrudescence de l'angoisse de castration de la part du père symbolique.

La relation sexuelle avec une femme du même âge peut donc réactiver des fantasmes incestueux.

## **LES CRISES CHEZ LA FEMME**

En lien avec des pertes réelles à subir, de nombreux deuils sont à accomplir chez la femme : ceux de l'enfantement, de la jeunesse, de la mère archaïque et de la mère oedipienne, de l'enfance des enfants devenus grands, des parents disparus ou proches de la mort, etc.

Les séparations intrapsychiques sont narcissiques, objectales, érotiques. Elles concernent des objets multiples : l'image de soi, le surinvestissement phallique, la dissociation du féminin et du maternel, les imagos parentales, l'illusion de toute puissance et d'immortalité, etc. Les transformations psychiques qu'elles nécessitent peuvent se décliner en termes de déni, de surcompensation narcissique ou relationnelle, de dépression, de mélancolie, etc., ou alors de remaniement libidinal.

## 1. Les pertes du côté du périodique maternel

### **La perte des règles**

Hélène Deutsch<sup>16</sup> fait exception au silence. Elle consacre le dernier chapitre de son livre *La psychologie des femmes* à la ménopause, et compare le temps de la ménopause à celui de la puberté.

Puberté et ménopause sont deux bornes qui limitent le temps biologique de la procréation, celui qui se manifeste par l'évidence (le « voir ») de la présence des règles, des menstruations. C'est le temps de l'écoulement périodique du sang, des « périodes ». Il s'agit donc de ce qui marque la temporalité féminine, le rythme et la périodicité du féminin maternel.

Hélène Deutsch dit qu'il s'agit d'une « perte morceaux par morceaux de tout ce qui lui avait été donné à la puberté ». Elle y observe une sur-activité, le resurgissement de fantasmes de viol et de grossesse, de besoins d'émancipation, et de symptômes équivalents, comme si le « trop tôt » et le « trop tard » se rejoignaient.

### **La perte de la capacité procréatrice. L'angoisse de castration féminine**

L'arrêt de la fonction des organes de procréation peut être vécu, dans la période de crise, comme une castration réellement advenue. Hélène Deutsch parle d'une « humiliation difficile à dépasser ».

Cette blessure narcissique peut renvoyer, non seulement à l'époque de la puberté, mais à celle de la déception de la petite fille de la phase phallique, qui se vit comme n'ayant pas de sexe, comme châtrée, au sens où Freud dit que « la castration a déjà eu lieu ». Ce vécu de castration réactivé peut contaminer le sexe érotique de la femme, qui ne se sent alors plus capable ni d'être une mère, ni d'être une femme, et qui n'est pas davantage un homme. Si, à la puberté, la survenue des règles peut être ressentie par certaines adolescentes comme une castration, celle-ci est une castration « rouge », tandis que celle de la ménopause est une castration « blanche ». Elle peut avoir « les couleurs du deuil, noir ou blanc ; noir comme dans la dépression, blanc comme dans les états de vide »<sup>17</sup>.

C'est le syndrome du « nid vide ». Vide pour les femmes chez qui la maternité avait été le centre de leur identité et qui avaient projeté tout leur narcissisme phallique sur leurs enfants. Vide surtout pour les femmes qui n'ont pas eu d'enfants.

---

<sup>16</sup> Deutsch H. (1945), *La psychologie des femmes*, 2. *Maternité*, Paris, PUF, 1949.

<sup>17</sup> Green A. (1983), « La mère morte », in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Les éditions de minuit, 1983.

## **2. Les pertes narcissiques**

### **La perte de l'image dans le miroir**

Ce que craint Narcisse, c'est de vieillir. Les sensations de transformations corporelles à la ménopause sont vécues, comme à la puberté, avec un sentiment d'inquiétante étrangeté. La reconnaissance de l'image corporelle se trouble dans le miroir.

La perte de séduction chez la femme, la perte de puissance sexuelle chez l'homme représentent des expériences de castration au sens fort du terme.

A la ménopause une femme revit ses angoisses d'adolescence : l'image du corps et sa capacité de séduire redeviennent un facteur central dans le regard qu'elle porte sur elle-même, et dans son auto-estime qui auparavant dépendait souvent de l'admiration que les autres portaient à sa beauté

« Souvent je m'arrête éberluée devant cette chose qui me sert de visage, écrit Simone de Beauvoir. Peut-être les gens qui me croisent voient-ils simplement une quinquagénaire qui n'est ni bien ni mal, elle a l'âge qu'elle a. Mais moi je vois mon ancienne tête où une vérole s'est mise dont je ne guérirai jamais».

Les patientes racontent leur sentiment catastrophique d'être devenues transparentes, subitement invisibles dans la rue, d'avoir perdu ce regard anonyme des passants.

### **La perte des possibles, des illusions et des promesses**

Lors de la puberté, il a fallu faire le deuil de la mégalomanie infantile et du fantasme de bisexualité.

Lors de la ménopause, il faut faire le deuil de la promesse du père oedipien, celle de recevoir un enfant de lui en réparation du pénis manquant. Le deuil de refaire une vie avec un nouvel homme et de recevoir de lui de nouveaux enfants. Le deuil d'une double forme de phallicité : celle du maternel, et celle de la capacité séductrice du corps tout entier, et de sa beauté.

## **3. Les solutions défensives contre pulsionnelles**

### **La régression sadique anale**

Toutes les sociétés traditionnelles craignent les femmes ménopausées. Dans les sociétés primitives l'homme est en danger près d'une femme qui a ses règles. Mais davantage encore si elle ne les a plus !

Comme elles cessent de perdre de la chaleur par les règles, les femmes vont donc pouvoir en accumuler, surtout si elles continuent à avoir des rapports sexuels, sans

qu'aucune naissance ne vienne les délivrer de cette chaleur, ce qui est supposé augmenter leur pouvoir, utilisable dans des buts maléfiques.

Françoise Héritier raconte que la femme ménopausée est la personne sur qui risque le plus de peser l'accusation de sorcellerie. La crainte que suscitent les sorcières provient du fait qu'elles ne sont pas soumises à un homme qui, grâce à la satisfaction sexuelle qu'il leur procurerait, les dominerait. Quand ces femmes ont un mari, « leur puissance accrue par le coït est sous contrôle masculin ».

Freud a parlé de « stase » de la libido. Il pensait aussi que les régressions de la libido peuvent permettre une nouvelle émergence des formes infantiles sadiques-anales ou sadiques-orales de l'organisation libidinale. « Une fois que les femmes ont perdu leurs fonctions génitales, écrit-il, leur caractère subit souvent un changement particulier. Elles deviennent querelleuses, contrariantes, dictatoriales, dépitées, mesquines ; c'est-à-dire qu'elles exhibent les traits typiques d'un sadisme érotique-anal, traits qu'elles ne possédaient pas auparavant »<sup>18</sup>.

La femme est réellement dangereuse dit Freud, dans « Le tabou de la virginité ».

D'autres solutions, celles de s'évader dans le sacrifice de soi, ou dans la dévotion religieuse, telle la « jeune putain, vieille dévote », où dans des activités charismatiques, ne sont pas, comme on le sait, dénuées de composantes sadiques-anales.

### **L'envie du pénis**

Il se produit une nouvelle flambée du conflit oedipien. La vulnérabilité narcissique d'une femme, déjà mise en cause par la fin de sa capacité procréatrice, peut encore être augmentée par le fait que celle de l'homme ne se termine pas au milieu de la vie. Le sentiment d'injustice à l'égard des hommes pour lesquels il est possible de refaire sa vie avec une jeune femme et des enfants réactive l'épreuve de la différence des sexes, les angoisses de castration et la solution phallique de l'envie du pénis.

Une femme peut revivre la blessure causée par le rejet de son père. Le rôle du père de la petite fille qui entre dans l'oedipe pèse dans son avenir de femme, et dans la manière qu'elle aura de vivre sa féminité lors de la ménopause<sup>19</sup>. Notamment par le fait qu'il ait pu, tout en lui signifiant l'interdit de l'inceste, reconnaître et donner valeur positive à ses désirs féminins. Ce qui n'a pas été le cas de la « jeune homosexuelle » de Freud<sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> Freud S. (1913), « La disposition à la névrose obsessionnelle », *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.

<sup>19</sup> Je dois à M.C. Laznik, (2008 - *L'impensable désir*, Paris, Denoël), de nombreux emprunts au bénéfice de ce travail. Je l'en remercie.

<sup>20</sup> Freud S. (1920), Sur la psychogénèse d'un cas d'homosexualité féminine, *Névrose, psychose et perversion*, Paris, PUF, 1973.

Les affects envieux visent également les jeunes femmes, qui ont tous ces possibles devant elles. L'ombre d'une femme jeune et belle tombe sur le moi, ce qui peut entraîner des sentiments hostiles vis-à-vis d'une fille. L'objet de rivalité ce n'est plus désormais la mère, mais la fille.

« Miroir, mon beau miroir, dis-moi qui est la plus belle » exprime un sentiment universel d'envie, de perte et d'hostilité, vécu parfois consciemment, mais souvent inconsciemment par la majorité des femmes vieillissantes envers les jeunes femmes par lesquelles elles se sentent menacées et qui possèdent maintenant ce que la femme d'âge moyen avait l'habitude de posséder (Ruth Lax). Il peut s'en suivre un retrait relatif de l'investissement libidinal de l'image du corps.

### **La dépression.**

La cinquantaine est souvent marquée par une dépression, soit passagère, soit définitive, parfois accompagnée d'angoisse, d'une dévalorisation hostile de sa propre image et d'une perte d'auto-estime. « Ce qui a été possédé est perdu, ce qui a été espéré n'est pas arrivé »<sup>21</sup>. Au moment du départ des enfants, d'autres deuils, occultés par leur présence réelle, peuvent resurgir, comme celui du départ d'un mari, et la perte de parents, advenue ou à venir. Une femme peut se mettre à regretter un avortement fait des décennies plus tôt.

H. Deutsch cite des femmes dont la vie s'est écoulée sous le signe d'une virilité bien sublimée. « Chez ces femmes, la ménopause se traduit par le fait que les tendances féminines antérieurement inexprimées présentent maintenant leurs revendications... elles tombent malades parce qu'elles sont incapables de satisfaire leur féminité nouvelle, tardivement éveillée ». Elles fuient dans la dépression et dans l'homosexualité.

Il peut se produire également des décompensations psychotiques ménopausiques, comme lors de la puberté, des épisodes de dépersonnalisation face à leur propre image dans le miroir : « cette femme est-elle vraiment moi ? ». Mais il y a surtout le refuge dans la maladie ou dans les souffrances physiques, et dans les somatisations. Le narcissisme blessé reprend sa place et dégrade la libido ou la détourne.

Les affects dépressifs et la douleur psychique peuvent être déniés, souvent par une mise en acte, une suractivité, ou une exacerbation hystérique.

---

<sup>21</sup> Gueydan M. (1991), *Femmes en ménopause*, Toulouse, Ed. Eres.

#### 4. Les solutions pulsionnelles libidinales.

##### **Les grandes quantités libidinales féminines et la jouissance**

Ce surcroît de libido à la ménopause, pourtant décrit à plusieurs reprises par Freud, est méconnu dans pratiquement l'ensemble de la littérature psychanalytique et scientifique. Il n'y a que dans la littérature et au cinéma que la passion amoureuse du milieu de la vie est reconnue. Je cite, parmi d'autres, les romans de Thomas Mann, Stephan Zweig, Colette, S. de Beauvoir. Mais cela est traité comme exceptionnel ou même pathologique, et non comme une donnée structurale.

H. Deutsch cite des femmes artistes en amour : Ninon de Lenclos, qui a éveillé, à 65 ans, l'amour passionné d'un jeune homme.

Les patientes sur le divan, comme dans les consultations de gynécologie, témoignent de ce que, pour la plupart, le plaisir augmente avec l'âge. Certaines, même, ne connaissent l'orgasme qu'après la ménopause.

##### **Le complexe de Jocaste ou de Phèdre.**

Un grand nombre de femmes prolongent ou découvrent leur vie sexuelle érotique avec un homme d'environ 15 ans de moins qu'elles.

Il s'agit, comme le dit H. Deutsch, d'une troisième reviviscence de la crise oedipienne, où l'objet incestueux devient le fils, investi de toutes les qualités de l'Idéal dont elle-même, petite fille, auréolait son propre père. Elle rappelle les travaux de Freud sur les fantasmes incestueux à la puberté, qui serait une deuxième reviviscence du complexe d'Oedipe. Pour Jean Bergeret<sup>22</sup>, il s'agit d'une deuxième crise d'adolescence, dans un mouvement pulsionnel inversé.

L'héroïne du roman de Stefan Zweig, *Vingt-quatre heures de la vie d'une femme*, dit : « si cet homme m'avait saisie, s'il m'avait demandé de le suivre, je serais allée avec lui jusqu'au bout du monde, j'aurais déshonoré mon nom et celui de mes enfants ». Freud ne l'interprète sur le mode du fantasme incestueux que du côté du fils. Il ne lui paraît pas pensable qu'une Jocaste puisse, elle aussi, avoir des fantasmes incestueux. Serait-il intolérable à l'ancien adolescent, devenu homme, de penser que sa mère aurait pu réellement partager ses fantasmes à lui ? Il ouvre une possibilité à ce fantasme féminin à

---

<sup>22</sup> Bergeret J. (1982), « La deuxième crise d'adolescence. Sénescence et crise d'identité », *Le temps et la vie*, Lyon, Ed. Chronique sociale, 9.

condition qu'il garde la marque de l'amour maternel.

Françoise Héritier, après Oscar Lewis (1941), décrit, chez les indiens Pigeans du Canada, les femmes qu'on appelle « à cœur d'homme ». Veuves et remariées avec des hommes qui ont entre 5 et 25 ans de moins qu'elles, elles possèdent pouvoir, richesse et reconnaissance sociale. Elles jouent un rôle important professionnellement et au cours des cérémonies religieuses. Elles sont très soignées et féminines et ont la réputation d'aimer les rapports sexuels. Elles ont été, dit Lewis, les filles préférées de leur père, ce qui peut nous parler.

### **L'homosexualité amoureuse**

Au moment de la ménopause, certaines femmes qui avaient jusqu'alors vécu des histoires d'amour et de désir avec un homme se retrouvent aimer une femme souvent plus jeune. Elles gardent ainsi, par procuration peut on dire, cette féminité, cette identité féminine. Elles se mirent dans la jeune femme aimée, double de ce qu'elles-mêmes s'imaginent avoir été dans leur jeunesse.

« Les caresses sont destinées moins à s'approprier l'autre qu'à se recréer lentement à travers elle », écrit S. de Beauvoir, qui, à 55 ans, rencontre une femme qui en a 18 (Sylvie Le Bon).

Il s'agit le plus souvent d'une homosexualité féminine qui est hors sexe, hors génitalité, où le courant de tendresse et d'amour est prévalent.

F. Héritier précise que dans les sociétés dites primitives, la stérilité, supposée féminine, est une abomination. Sauf chez les Nuer d'Afrique occidentale. Quand une femme a été mariée pendant de longues années et n'a pas eu d'enfant, elle rejoint sa famille d'origine où elle est désormais considérée comme un homme. Elle va recevoir du bétail, et acquérir une ou plusieurs épouses. « C'est en tant que mari qu'elle entre dans ces rapports matrimoniaux institutionnels. Ses épouses la servent, travaillent pour elle, l'honorent, lui témoignent les marques de respect dues à un mari ». Les enfants qui naissent d'un serviteur qu'elle a engagé à cet effet, la considèrent comme leur père. On les appelle les « femmes quasi hommes ».

### **La passion grand-maternelle**

Il y a par ailleurs celles qui ont abdiqué de tout destin pulsionnel féminin, du fait que l'homme n'est plus investi érotiquement, ou ne l'a jamais été, ou l'a été en tant que fils. Elles ont déplacé leur investissement libidinal dans une exacerbation du

maternel. Ce sont les grands-mères abusives. Les seulement grand-mères, mais avec une passion dévorante qui outrepassa la passion maternelle, que bien souvent elles n'ont pas éprouvée.

## LES CRISES DANS LE COUPLE

Les Traités de médecine à l'usage des couples mariés du 19<sup>ème</sup> siècle<sup>23</sup> dénoncent avec virulence « la copulation avec l'épouse stérile et avec la femme ménopausée : deux figures ravageuses aux amours inutiles, tumultueuses, excessives. Ces Messaline conjugales aiment à se livrer à des coïts effrénés qui épuisent leur partenaire. Quant à l'époux qui frise la cinquantaine, il devra se contenter d'un orgasme toutes les trois semaines ».

Les crises dans le couple surviennent le plus souvent du fait de cet accroissement de la libido.

La femme peut avoir une exigence accrue vis-à-vis de son partenaire qui doit, par les preuves de son désir érigé, la rassurer que sa capacité à elle d'être désirable reste encore intacte. Sinon cela peut être interprété comme la preuve de la perte de ses charmes. L'homme aux tempes grisonnantes revit ainsi son angoisse de castration. Par envie de leur partenaire masculin, les femmes peuvent avoir tendance à dénier les problèmes, tant psychiques que physiques que traversent leurs conjoints dans leurs crises du milieu de vie.

L'angoisse de castration des hommes peut s'accroître du fait que la femme a fait carrière, possède du pouvoir et du savoir, prend l'initiative dans la relation de séduction ou peut le dominer par son intelligence ou l'importance de ses biens matériels. Ceci est renforcé par le fait qu'elle ne peut même plus recevoir de lui un enfant.

L'homme, dont la libido augmente également, mais dont la puissance sexuelle diminue, peut alors se tourner, pour satisfaire sa libido et se rassurer sur sa puissance, vers une partenaire bien plus jeune, dont l'accomplissement social et économique n'est pas encore fait et qui peut donc avoir besoin de lui.

---

<sup>23</sup> Citée par A. Corbin dans « L'amour et la sexualité. Les collections de l'Histoire n°5.

## **LES CONCEPTS METAPSYCHOLOGIQUES**

### **1. La poussée constante libidinale**

J'y ai fait mention précédemment.

La survenue de la ménopause réactive et exacerbe la question de l'antagonisme qui existe chez la femme entre le féminin érotique et le maternel.

Je soutiens la thèse suivante : à la différence du maternel, lequel est périodique et temporel, le féminin érotique est marqué par l'intemporalité de la pulsion sexuelle, par sa poussée constante. Le maternel est soumis à une horloge, le féminin est une poussée sans fin.

Si cette période est avant tout celle du deuil de la maternité, nécessite-t-elle pour autant le deuil du féminin et de la féminité ? Le destin des femmes à partir de la ménopause s'inscrit dans cet antagonisme.

### **2. La coexcitation libidinale**

Ce concept peut être évoqué à propos du surcroît de libido qui se manifeste dans les crises du milieu de la vie face aux nombreux deuils à accomplir. Je n'y insisterai pas, car il a fait l'objet de nombreux travaux.

### **3. Le narcissisme et l'image spéculaire**

L'absence de pénis et d'angoisse de castration portant sur le pénis déplace l'angoisse de castration des femmes sur la valeur phallique de leur corps tout entier. Ce qui rend les femmes dépendantes du regard et de l'amour de l'objet. Comme on le sait Freud oppose l'angoisse de castration des hommes à l'angoisse de séparation, de perte d'objet et d'amour chez les femmes.

L'expérience du stade du miroir, selon Lacan, me paraît apte à éclairer la constitution du narcissisme féminin. L'enfant regarde le regard de sa mère le regardant en confirmant ce qu'il voit dans le miroir. C'est un temps de reconnaissance par l'objet de l'image spéculaire, et le désir, pour Lacan, se confond avec l'image que nous portons en nous. Le miroir des yeux de la mère, selon Winnicott rejoint, me semble-t-il, cette confirmation. La femme, dont le narcissisme ne peut s'étayer sur la confirmation phallique attachée à la possession d'un pénis, reste davantage dépendante de l'objet qui l'a confirmée

dans son image narcissique, et elle construit son objet libidinal en fonction de ce désir d'être désirée.

Mais si elle n'est dépendante que de son image dans le miroir, si elle n'a pas constitué des objets internes suffisamment valorisants, et qu'un objet aimant ne lui donne pas, par le brillant de son regard, un autre miroir, elle risque, lors de toute séparation, la chute dépressive. Cela suppose que la mère ait su transmettre à la fille bébé, dans son regard et dans la prosodie de sa voix, au temps de « His majesty the baby », qu'elle la comblait, sensuellement et narcissiquement, mais qu'elle ait pu également l'aider à la défusion par l'alternance progressive de présence-absence, permettant l'hallucination de la satisfaction. Et que le père ait su lui dire, tout en maintenant l'interdit oedipien : « tu es la plus belle petite fille, ma chérie »,

Lors d'une rupture amoureuse, d'une trahison, d'un deuil, ce qui manque brutalement c'est ce regard, et la femme peut perdre alors du même coup ses repères symboliques, comme si elle n'était plus rien. Le retrait d'investissement libidinal du partenaire la dépouille de son image idéale, ce qui peut réaliser une véritable castration.

Ce n'est donc pas dans l'expérience spéculaire avec son miroir qu'une femme d'âge mûr peut voir son image corporelle valorisée et phallicisée. Le « miroir, mon beau miroir, dis-moi qui est la plus belle » lui répondra que l'autre est plus belle, et cette autre ce peut être l'image idéale que la femme a conservé de sa jeunesse. « Cette femme est-elle vraiment moi ? », se dit une patiente, qui vit un épisode de dépersonnalisation face à sa propre image dans le miroir. « Je ne peux pas y croire, dit une autre, quand est-ce que je suis devenue aussi vieille ? ».

C'est le moment des décisions de chirurgie esthétique.

#### 4. La mascarade féminine

C'est une expression de Joan Rivière<sup>24</sup>, qui peut être reprise comme phénomène de structure de la féminité, de la séduction féminine et du désir.

La « féminité » est visible, elle fait bon ménage avec la problématique phallique, à laquelle elle répond en écho. Elle consiste en effet à valoriser, selon le même modèle, ce qui se voit, ce qui se montre et s'exhibe, ce qui s'extériorise et a pour but de rassurer l'angoisse de castration, celle des femmes comme celle des hommes. A savoir la féminité de surface, celle des robes, bijoux, parfums, maquillages, destinée à ne pas renvoyer à l'homme une

---

<sup>24</sup> Rivière J. (1929), « La féminité en tant que mascarade », *Féminité mascarade*, Paris, Ed. du Seuil, 1994.

image de femme châtrée susceptible de réveiller leur angoisse de castration. Ses attributs féminins deviennent le signe de la toute puissance de l'homme.

Cependant, épouser la logique phallique est une nécessité pour l'érotisme des femmes, pour leur féminin et leur vœu de jouissance qui dépend de la puissance sexuelle des hommes, et donc des aléas de leur angoisse de castration devant l'exigence du corps féminin. Ainsi vont-elles s'employer à rassurer la « virilité » de l'homme en se parant de féminité et en épousant tous leurs fantasmes préliminaires.

A cette mascarade doit cependant s'adjoindre, pour soutenir le désir masculin, une certaine dissymétrie, c'est à dire que le phallus soit visé par la femme dans son champ à lui. Encore faut-il qu'elle puisse supporter de le faire, c'est à dire accepter de s'offrir comme objet de son désir. Le maniement de la mascarade, l'admiration du regard féminin semblent essentiels à rassurer le partenaire. L'admiration porte sur tous les attributs phalliques, ceux de la réussite intellectuelle, sociale, financière, etc.. C'est le grand professeur et sa jeune élève émerveillée. C'est une faiblesse phallique masculine que la féminité devine. Il y a dans le désir une certaine dimension perverse, qui a à voir avec l'angoisse de castration.

Ce qui est remis en cause au moment de la ménopause est justement cette possibilité de la mascarade pour la femme. Elle voit ses attributs féminins perdre leur valeur, son corps ne peut plus s'exhiber avec fierté comme faire-valoir phallique pour le partenaire homme. C'est une expérience de castration. Il faudra trouver d'autres moyens de répondre à leur revendication phallique.

##### **5. Les sublimations. Le « phallique féminin »**

A la ménopause, si l'on n'était pas née femme mais qu'on l'est devenue, c'est le moment où il faudra inventer comment continuer à l'être, quand l'appui sur le maternel ou sur la mascarade féminine ne sont plus possibles. Comment faire pour que ce moment narcissique ne soit qu'une étape de la féminité et que la femme ne reste pas figée sur ce mode fétichiste.

Il est évident que cette période est le temps le plus favorable aux investissements mettant en jeu les sublimations de tous ordres et les activités de grand-maternage, etc.. La procréation faisant place à la pro-création, a-t-on dit.

Ninon de Lenclos, grande amoureuse, ne s'est pas laissée réduire à une image. Elle sut infléchir sa carrière d'amante pour devenir une femme d'esprit et créer un salon où se croisaient les intellectuels de sa génération. Voltaire, qui fréquenta son salon, la comptera parmi les femmes philosophes.

Le « phallique féminin »<sup>25</sup>, c'est ainsi que Catherine Parat définit les activités sublimatoires de la femme. La réalisation personnelle de la femme est antagoniste à celle de sa vie érotique, comme à celle de sa vie de mère. C'est le destin d'une femme que de se vivre déchirée entre ces contradictions et ces antagonismes. Ceci à la différence du destin de l'homme, pour qui la sexualité et la réalisation sociale vont dans le même sens, celui de la motricité, de la conquête, et de l'accomplissement phallique.

Sonia Delaunay, après s'être consacrée à ses enfants et à l'œuvre de son mari, devenue veuve, pourra consacrer toute la deuxième partie de sa vie à une création artistique.

## **6. La symbolisation et le féminin**

J'ai évoqué ce que peut être, à travers l'image et le miroir, la perte de repères symboliques chez la femme. Je me suis posé la question : comment symboliser un intérieur qui est un tout, qui ne peut se négocier en perte de la partie pour le tout, comme le peut l'homme avec son angoisse de castration ? Et comment une femme peut-elle séparer le sien de celui de sa mère ? J'y ai donné une tentative de réponse à travers le processus d'introjection pulsionnelle, mais j'y reviendrai plus loin dans ce que je nommerai l'ultime changement d'objet.

## **7. La terreur de l'inceste**

La perte de puissance maternelle, la perte d'identité féminine, les angoisses de castration et cette inexorable pente vers la mort font que la ménopause suscite de l'effroi, chez les femmes comme chez les hommes. Cette terreur se contre-investit, chez la femme, par une horreur de son corps vieillissant et une répression de sa sexualité, et chez l'homme par la fuite vers une femme plus jeune.

Ma thèse est la suivante : si la ménopause est un sujet gênant, censuré, c'est parce qu'elle renvoie à la génitalité d'une femme dont l'âge permet la projection du sexe et de la jouissance de la mère, lesquels sont le tabou par excellence. La terreur profonde, pour les deux sexes, c'est la proximité du sexe de la mère dont ils sont issus. Cette avidité de la poussée pulsionnelle, toujours insatisfaite, ne peut que terrifier si elle renvoie à la dévoration,

---

<sup>25</sup> Parat C. (1995) : « Le phallique féminin », in *Revue française de Psychanalyse*, 1995/4, Paris, PUF.

à l'engloutissement dans le corps de la mère, objet de terreur et paradis perdu de la fusion-confusion.

Freud écrit : « Ferenczi a récemment ramené à bon droit le symbole mythologique de l'horreur, la tête de Méduse, à l'impression produite par l'organe génital féminin dénué de pénis »<sup>26</sup>. Il rappelle en note qu'il s'agit de l'organe génital de la mère : « Athéna, qui porte la tête de Méduse sur sa cuirasse, devient par là même une femme inapprochable, dont la vue étouffe toute idée de rapprochement sexuel ». C'est l'horreur que produit l'évocation même de la ménopause d'une femme dans le jeu sexuel.

C'est pourtant à affronter et à vaincre ces terreurs que se crée la jouissance sexuelle. Je cite Freud : "Pour être, dans la vie amoureuse, vraiment libre et, par là, heureux, il faut avoir surmonté le respect pour la femme et s'être familiarisé avec la représentation de l'inceste avec la mère ou la soeur"<sup>27</sup>. Sic !

### **8. L'ultime changement d'objet. Le masochisme érotique féminin**

Ce peut être en effet le moment pour les femmes, libérées de la procréation et du maternage, de dégager leur corps de celui de leur mère. Il y a possibilité pour elles de faire le deuil de ce que la mère n'a pas pu leur donner et qu'elles continuaient inconsciemment à attendre d'elle, attente qu'elles ont souvent prolongée à l'égard du compagnon, comme de l'analyste. Le sacrifice à la mère prégénitale archaïque, que manifestent les pathologies du féminin, telles que l'anorexie-boulimie, les phénomènes de frigidité ou de stérilité peuvent ne plus avoir de raison d'être

La femme pourrait-elle se permettre alors une jouissance proprement féminine, celle d'un vagin libéré de l'utérus maternel enfoui en elle, celle qu'elle ne pouvait pas accepter de l'amant de jouissance, du fait que l'arrogance de son organe et de sa victoire blessaient son envie du pénis ? « Beaucoup de femmes qui furent frigides durant la période de reproduction deviennent maintenant sexuellement sensibles », écrit H. Deutsch.

Ce remaniement de l'Oedipe permettrait – enfin – aux femmes de renoncer à leur mère (sauf cas inverses où survient la mélancolie). Un deuil de l'enfance qui ne peut s'opérer que lorsqu'on ne peut plus avoir d'enfant et qu'on n'est plus l'enfant de personne .

---

<sup>26</sup> Freud S. (1922), « La tête de Méduse », *Résultats, idées, problèmes*, II, Paris, PUF, 1985.

<sup>27</sup> Freud S. (1912), « Sur le plus général des rabaissements de la vie amoureuse ». Contributions à la psychologie de la vie amoureuse, *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1970.

Je dirai que, à la suite du père, l'amant de jouissance vient également en position de tiers séparateur. Si la mère n'a pas donné de pénis à la fille, ce n'est pas elle non plus qui lui donne un vagin. Ne pas avoir de jouissance vaginale, c'est une façon de ne pas renoncer à sa mère qui resterait présente dans cette absence de jouissance. C'est en créant, révélant son vagin que l'homme pourra arracher la femme à son autoérotisme et à sa relation à la mère prégénitale. Le changement d'objet est un changement de soumission : la soumission anale à la mère, à laquelle la fille a tenté d'échapper par l'envie du pénis, devient alors soumission libidinale à l'amant. Le masochisme érotique féminin y pourvoit. Depuis la nuit des temps, les hommes doivent venir arracher les filles à la nuit des mères, aux reines de la nuit.

Mais si le désir, non seulement est indestructible, mais peut s'autoriser enfin, qu'en est-il du partenaire ?

## EN GUISE DE CONCLUSION

### **L'antagonisme féminin-maternel**

La maternité, si elle réalise la plénitude et l'accomplissement phallique, peut également s'opposer à la pénétration de l'amant de jouissance. L'enfant, prolongement narcissique, substitut du pénis manquant, et « jouet érotique », selon Freud, vient remplacer bien souvent le désir érotique d'un homme, relégué alors à la fonction de mari-père protecteur. Ce qui sauve momentanément la femme du passage par le masochisme érotique de la soumission à l'amant de jouissance.

Là également, le destin de l'amante reste en suspens. Le roc du refus du féminin peut perdurer, coûte que coûte, ou être levé. La rencontre d'un amant de jouissance risque de compromettre l'équilibre d'une mère comblée par sa maternité et par son compagnonnage avec un homme assurant la protection et l'amour. Le film « Sur la route de Madison », de Clint Eastwood, illustre finement le bouleversement d'une telle rencontre.

Comment espérer trouver dans le même homme l'amant de jouissance, le père protecteur, le compagnon, qui non seulement tolère mais encourage le développement personnel dans le domaine social? Cela relève d'un talent et d'un amour très exceptionnels. L'important reste, pour une femme, d'avoir pu vivre ces trois expériences, être femme-sujet, mère, amante, quitte à renoncer à l'illusion de les vivre toutes avec le même homme.

La femme, dont l'idéal est d'unicité et d'amour, vit, en majorité, beaucoup plus conflictuellement qu'un homme une situation de clivage et de multiplication de partenaires. L'homme, pénétrant, y risque davantage son pénis, et son angoisse de castration peut y

trouver son compte en diverses solutions ; la femme, pénétrée, y risque son corps tout entier, sa psyché, son sentiment amoureux, et son objet. C'est pourquoi elle est davantage perdante, lors de relations passagères, et en risque de dépression, lors de ruptures, et plus particulièrement lors de relations perverses.

### ***Le maintien de l'éternel féminin***

Comment rester femme, lorsque les éclats de la féminité déclinent, et que la maternité s'éteint ?

Le féminin n'est jamais accompli. Comme la poussée constante pulsionnelle, le féminin est sans fin, toujours en devenir, toujours instable. Il n'est pas lié au temps de la défloration, au temps du mariage, au temps de la procréation. La Belle au Bois dormant est centenaire, mais elle peut être réveillée, désirée et désirante, par le Prince.

Si une femme sait renoncer à être séductrice mais rester séduisante, quel que soit son âge, si elle parvient à se dégager du maternel de sa mère et de son propre maternel, si elle sait se soumettre aux fantasmes érotiques d'un homme, et exalter la mégalomanie nécessaire à sa puissance de pénétration, elle pourrait, lors de la cessation de sa capacité de procréation, soit rencontrer un amant de jouissance, soit le maintenir désirant.

## **LES GRANDS-PARENTS : DES GRANDS-PERES ET DES GRANDS-MERES**

**Marie-Claude Mietkiewicz<sup>28</sup>**

Si on interroge un dictionnaire pour trouver la définition du vocable « grands-parents », on apprend que ce substantif masculin pluriel désigne un couple d'ascendants dans la lignée maternelle ou paternelle. Le même dictionnaire nous informe aussi que, par extension, dans le langage familial, les grands-parents peuvent désigner les personnes âgées. Mais nous retiendrons ici le sens premier : les grands-parents sont les parents des parents, des engendeurs d'engendeurs selon les termes de Dolto (1951).

Etre grands-parents c'est être donc être parents d'enfants devenus à leur tour parents et occuper, par conséquent, une place générationnelle spécifique dans la famille ; autrement dit c'est la naissance du premier enfant d'un enfant qui fait le grand-parent. Notons encore, au passage, que cet usage au singulier est rare : en effet, ce sont les partenaires du couple parental (y compris si le couple conjugal est dissocié) qui sont grands-parents lorsque leur enfant devient parent. L'identité spécifique de chacun sera marquée par la déclinaison sexuée de ce terme qui distinguera le grand-père et la grand-mère et y adjoindra la mention de la lignée en les qualifiant de maternel(le) ou paternel(le).

### **Les grands-parents de la famille contemporaine**

Contrairement à ce qu'on lit très fréquemment, les grands-parents ne le deviennent pas de plus en plus jeunes. Au contraire, l'âge chronologique auquel on accède à cette place générationnelle ne cesse de reculer au fur et à mesure que recule l'âge de la première maternité.

---

<sup>28</sup> Maître de Conférence HDR en Psychologie, Nancy Université – Laboratoire Interpsy – EA 4432.

En revanche les grands-parents le sont de plus en plus longtemps et la probabilité pour eux de connaître leurs arrière-petits-enfants ne cesse d'augmenter avec l'accroissement continu de la longévité. Les rapports du CREDOC (Chauffaut, 2003) confortent ces assertions : 31% des femmes nées en 1950 appartiennent à l'âge de 50 ans à une famille à 4 générations ; 71% des femmes meurent arrière-grand-mères.

Bien que plus âgés que ceux qui les ont précédé à cette place générationnelle, les « nouveaux » grands-parents sont, lorsqu'ils accueillent leur premier enfant, en meilleure santé que les grands-parents des générations précédentes ; ils sont aussi plus éloignés du terme de leur existence et ont encore la plupart du temps un ou plusieurs parents ou beaux-parents vivants.

Grands-parents plus tard et pour plus longtemps, ils sont souvent au centre des solidarités familiales, fréquemment sollicités à la fois par un parent âgé en perte d'autonomie et par un enfant en charge d'enfant (Attias-Donfut, 1995 ; Attias-Donfut & Segalen, 1999, Attias-Donfut, Lapierre & Segalen, 2002). Cette posture au sein d'une famille dont le modèle est bousculé ne va pas de soi, d'autant que la gestion des relations intergénérationnelles se pose dans une organisation inédite : la famille s'est étendue dans l'axe vertical et réduite dans la dimension horizontale. Les sociologues de la famille montrent parfaitement cette nouvelle géométrie des familles qui, lorsqu'ils les comparent à des maisons, ont de plus en plus d'étages et de moins en moins d'habitants à chaque étage.

Ces évolutions sont à prendre en considération pour saisir la signification singulière que revêt, pour une femme et un homme du XXI<sup>ème</sup> siècle, l'accession à la grand-parentalité. Elles modifient aussi les attentes et les regards des autres générations sur celle qui est aujourd'hui considérée comme le « pivot » des échanges intra-familiaux.

### **Naissance d'un enfant et avènement d'un grand-parent**

L'arrivée du premier petit-enfant est un événement qui ne relève pas de la décision des grands-parents. Certains réclament avec insistance cette naissance et peuvent même se faire quelque peu harcelants en interrogeant à chaque rencontre : « Alors, quand allez-vous vous décider à nous faire un petit ? ». D'autres semblent consternés à l'annonce de cette naissance qui fera d'eux des grands-parents prématurés soit qu'ils trouvent leur enfant trop jeune pour être un parent, soit qu'ils s'estiment trop jeunes pour endosser l'habit d'aïeul.

Comme l'écrit M'ma Paco (1988) « Cela commence un jour par une révélation : votre fils ou votre fille vous annonce pour la première fois qu'un bébé est en route. C'est le moment où tout bascule ; c'est irréversible, vous changez de génération. Vous voici promue (ou reléguée) parmi les ancêtres ». Clos (1989), dans un roman autobiographique, rend compte de la violence de cette annonce faite par téléphone par son fils : « au moment de

l'annonce, le temps s'est arrêté, je me suis sentie totalement étrangère à ce prodige. J'ai senti également que je devais y porter tout l'intérêt que j'avais pour la vie ». Elle ajoute : « il allait falloir devenir une grand-mère, je n'y pouvais rien changer, être grand-mère c'est irrévocable ».

L'annonce est mise en scène : dans les entretiens que nous avons conduits, nous avons pu entendre combien les futurs parents prennent soin de marquer l'événement : l'envoi d'un bouquet dans lequel est insérée une copie de la première échographie pour une fête des grands-mères anticipée, une visite avec une bouteille de champagne dans une main et un paquet de café *grand-mère* dans l'autre, une annonce téléphonique en fanfare, des courriers électroniques proposant une énigme en plusieurs épisodes, etc. L'annonce inaugure le temps de l'attente qui paraît essentiel, les grands-parents ont, en effet, besoin de quelques mois pour se penser en place de grands-parents et commencer à construire une identité grand-parentale ce qui suppose ajustement des rôles et réorganisation des liens familiaux (Le Borgne-Uguen, 2000). Lorsqu'il arrive que ce temps ait été escamoté et que les grands-parents découvrent un petit-enfant dont ils n'avaient pu ni anticiper l'arrivée, ni partager l'émotion de sa naissance, le choc de la rencontre est majeur. Surpris de voir un bébé de quelques mois dans les bras d'une fille qui rentre d'un long séjour à l'étranger ou surpris d'apprendre qu'un fils est père depuis plusieurs années, les grands-parents se disent gauches et empruntés. Sans doute de telles situations sont exceptionnelles et signent certainement des difficultés relationnelles, mais elles illustrent néanmoins combien il est difficile de s'improviser grand-parent et de réaliser dans l'instant une telle mutation.

### **L'accession à la grand-parentalité**

Le devenir grand-parent signe une transition, oblige une maturation, implique une élaboration. Les changements identitaires qu'impose le nouveau statut générationnel conduisent à des remaniements psychiques. Lorsque Jeudy (2005) interroge la succession des générations, il compare le passage du statut de père à celui de grand-père au passage du particulier à l'universel : « Ainsi le grand-père est-il appelé à se conformer au modèle qu'il est censé représenter du grand-père en général. Quand on interpelle le grand-père en utilisant l'article défini « le », on semble bien s'adresser autant à l'espèce qu'il représente qu'à l'individu lui-même. Le grand-père sera en contre partie tenté d'abuser de sa propre singularité pour éviter de devenir une figure de l'abstraction universelle de l'ordre successif des générations. »

Pour Tennebaum (2000) l'accès à la grand-parentalité conduit à une position identificatoire spéciale et double car à la fois et symétriquement à l'enfant qu'on a été et au grand-parent qu'on a eu : « Devenir grand-parent c'est en quelque sorte reprendre à son

compte tous les éléments de cette relation, qu'elle ait été satisfaisante ou non et pour cela le mouvement psychique consiste à occuper toutes les places de la scène et être le grand-parent de son enfance et en même temps le petit-enfant de ce grand-parent ». Dans l'introduction de son livre où elle écrit son bonheur d'être grand-mère, il est intéressant de noter que Vaillant (2010) évoque ce même mouvement qui la conduit à revisiter différentes places : « L'immense tendresse que j'éprouve pour elle [sa petite fille] me permet d'imaginer l'amour que ma grand-mère a ressenti pour moi. [...] A mes petits-enfants [...] toujours, je veux parler de cette femme qui fut essentielle pour moi ». Alors même qu'il choisit de s'écarter des normes qui tendent à imposer un modèle social des comportements attendus des grands-parents, Jeudy (2005) réveille, lui aussi, dès les premières pages de son essai, le souvenir d'une grand-mère maternelle : « ... je revois les mottes de beurre décorées qu'elle commandait à la ferme, les têtes de veau sanguinolentes dans des seaux, les brochets dans le bac à linge, et bien d'autres victuailles qu'elle préparait avec tant de soins, toujours affairée près de ses fourneaux ».

### **Du côté des grands-mères et des grands-pères**

Force est de constater que de Martinerie (1982) à Vaillant (2010) en passant par Manceaux (1989), Clos (1989) ou Chatelet (2009), nous trouverons sous des plumes féminines de nombreux récits autobiographiques qui traitent de la naissance du premier petit-enfant alors que les grands-pères ne paraissent pas avoir trouvé là matière à écrire...

Pourtant, selon Lalive d'Epernay et Cavali (2007), les naissances ne seraient plus, dans la seconde moitié de la vie, des marqueurs majeurs de changement. Leurs travaux font apparaître qu'à partir de 50 ans, les ruptures, en particulier les décès, deviennent pour les personnes interrogées, les événements déterminants de leur parcours de vie.

Pour saisir la particularité de l'accès à la grand-maternité, il est essentiel de s'arrêter sur la concomitance du temps de la ménopause et de celui de la naissance d'un petit-enfant. De fait, l'âge moyen des femmes confrontées à ces deux événements de nature bien différente, est actuellement de 52 ans et leur rencontre temporelle les conduit à vivre simultanément l'arrêt de leur fécondité et la preuve éclatante de celle de leur fille ou belle-fille. Les remarques formulées par Doucet (1997) attestent de cette résonance lorsque le remaniement identitaire qu'oblige le changement générationnel se conjugue avec la nécessité physiologique d'admettre que le temps de la maternité est définitivement terminé. Elle écrit : « Pour nous qui ne porterons plus que l'enfant des autres dans nos bras, c'est un jamais plus qui s'installe. Ainsi nous vient-il des nostalgies gourmandes lorsque nous regardons le ventre de nos (belles) filles s'arrondir, s'alourdir, porter l'enfant. [...] Si la grand-mère sait qu'il ne faut pas s'impliquer outre mesure, que ces enfants ne sont pas les nôtres,

qu'ils nous sont seulement prêtés, elle interroge pourtant : Qui nous consolera d'être seulement grand-mère ? ».

L'annonce du petit-enfant peut aussi conduire une future grand-mère à un questionnement qui articule sexualité procréative, désir et renoncement ; c'est ce qu'exprime Yolande (51 ans) que nous avons rencontrée pendant la grossesse de sa fille : « « Euh, moi, j'ai eu envie de maternité, parce que je peux encore, je ne suis pas ménopausée, ce qui est exceptionnel, mais bon... et puis, d'un autre côté, j'étais contente que le relais soit passé à quelqu'un d'autre, que je sente que la vie, elle continue ».

Passer le relais pour rejoindre les petites dames melliflues expertes en tricot et confitures ou pour refuser d'endosser le costume poussiéreux de la grand-mère traditionnelle, mamies gâteaux ou panthères grises, les grands-mères de la génération du baby boom appartiennent à la première cohorte des femmes qui ont pu dissocier procréation et sexualité. Blanché (2007) analyse finement l'impact de la ménopause sur ces femmes qui la vivent comme perte de fécondité, lâchage du corps et humiliation narcissique dans une société qui impose l'injonction tyrannique du rester jeune. Elle considère qu'il y a pour elles nécessité « de stopper l'hémorragie narcissique, de re-énergiser d'abord la libido narcissique, afin qu'elle dérive ensuite vers une libido objectale, permettant de renouer des liens affectifs satisfaisants afin de passer de la femme séductrice par ses traits physiques à la femme séduisante par ses attraits de l'esprit, sans renoncement à sa sexualité »

Quant aux grands-pères, nulle obligation pour eux de devenir des vieillards cacochymes ; si l'andropause est un ralentissement hormonal, elle n'entame en rien leur capacité fécondante et « ils se savent éternellement producteurs du vivant » (Blanché, 2007). Le vieillissement de leur enveloppe corporelle, les changements et atteintes physiques sont vécus avec un certain agacement mais ne semblent pas perçus comme une « atteinte de l'intégrité psychique ou un effondrement de leur identité masculine, ni comme un amoindrissement de leur capacité de séduction ». Cette assurance de leur compétence jusqu'à un âge avancé leur est apportée par tous ces grands-pères, acteurs du brouillage des générations, qui, dans les familles recomposées deviennent pères de bébés qui seront des oncles plus jeunes que leurs neveux.

### **La génération inutile, les merveilleux grands-parents**

Depuis les textes rassemblés sous le titre : les grands-parents dans la dynamique de l'enfant (1982), le discours a changé et il semble sans doute aujourd'hui quelque peu dérangent de relire ce qu'écrivait Soulé dans la préface de cet ouvrage où il compare « les aménagements que doit consentir un adulte qui devient grand-parent » à ceux qui ont marqué son accès à la parentalité. Il écrit que, contrairement à la naissance d'un enfant, la

naissance d'un petit-enfant n'apporte aucune réassurance narcissique et poursuit : « Au contraire, le petit-enfant rejette l'adulte dans une génération désormais inutile : la généalogie est assurée. Tout ce qui est dit par le grand-parent, toutes les fêtes qu'on lui organise (repas de famille ou anniversaires) ont la valeur de rituels sociaux destinés à dénier la vieillesse et la mort. Être grand-parent ne peut pas s'inscrire dans la dynamique psychique de l'adulte, sinon sous la forme de la nostalgie, car l'inconscient, intemporel, ne peut comprendre que les enfants ne sont plus ce qu'ils étaient et qu'ils ont procréé ».

Alors que Soulé invitait les grands-parents à « quitter la scène », à renoncer à être acteur pour adopter la position du spectateur, les attentes sociales et les normes culturelles aux cours des trente dernières années ont largement évolué vers une survalorisation du statut de grand-parent. Des dizaines de guides attestent de ce renouvellement du modèle en proposant aux nouveaux grands-parents d'assumer pleinement des fonctions spécifiques auprès de leurs petits-enfants. Ces guides sont l'œuvre d'auteurs qui déclinent la double compétence de grand-parent et de spécialiste de la famille ; au-delà du souci de réactualiser quelques conseils de puériculture ou de proposition d'activités pour occuper les petits, ils ont en commun d'inviter les grands-parents à trouver « la juste place » et à veiller de se tenir à la « bonne distance ».

Entre « coup de vieux » parce que désormais aïeul et « coup de jeune », parce qu'ils retrouvent dans la fréquentation d'un enfant des gestes et des émotions de la position parentale, les grands-parents sont aujourd'hui invités à répondre à une injonction paradoxale : rester jeune et devenir l'ancien.

### **Les grands-parents et le couple grand-parental**

Les sociologues ont souvent constaté que les grands-parents en couple avaient des relations plus fréquentes avec leur descendance. Les données rapportées par Attias-Donfut & Segalen (1999) en étaient une illustration : s'agissant de la garde des jeunes enfants, les grands-mères seules se voyaient confier leurs petits enfants dans 76 % des cas contre 87 % des grands-mères en couples ; l'écart est encore plus grand pour les grands-pères : seulement 36 % des grands-pères seuls sont amenés à garder leurs petits-enfants contre 77% des grands-pères en couple. Ce constat est repris par Billé (2007) qui relève la difficulté d'être grand-parent sans l'autre. Il relève la réticence des parents à confier leur enfant, et d'autant plus qu'il est jeune, à un père ou beau-père seul et poursuit : « la situation des grands-mères est peut-être là plus enviable, du moins tant qu'il est admis que s'occuper d'un enfant est d'abord une histoire de femmes et que celles-ci savent faire naturellement »

Le couple conjugal apparaît bien comme le lieu de rencontre de deux sujets sexués et porteur des enjeux liés au féminin, par exemple, en ce qui concerne la répartition des

tâches domestiques ou les soins aux enfants. Rouyer (2007) considère que la transition de la parentalité est une étape clé de la relation de couple qui accentue les rapports du féminin et du masculin avec la tendance des couples à adopter après la naissance de l'enfant une répartition traditionnelle des rôles. Autrement dit, la conjugalité et la parentalité ont plus d'impact sur les femmes que sur les hommes.

La grand-parentalité peut alors se révéler une opportunité de remanier les attributions de rôles et les habitudes sexuées inscrites dans la domesticité et la vie privée.

### **Les grands-pères et les grands-mères**

L'arrivée des petits-enfants mobilise la dynamique psychique parce qu'elle introduit de la discontinuité. L'expérience psychique de l'accès au statut grand-parental interroge la spécificité de la place sexuée et l'identité propre de la grand-mère et du grand-père. Des entretiens (Schneider & Mietkiewicz, 2007) conduits avec 15 couples dont les partenaires ont entre 52 et 60 ans et qui ont au moins un petit-enfant âgé de 18 mois à 5 ans illustrent la manière dont les grands-pères et les grands-mères expérimentent de façon différenciée la grand-parentalité.

Les hommes avec qui nous sommes entretenus semblent souvent prêts à explorer le rôle et à donner un contenu à une fonction auprès de leurs petits-enfants. Les femmes rencontrées paraissent parfois moins empressées de redoubler dans des pratiques largement expérimentées avec leurs propres enfants.

À travers des formes diversifiées d'engagement, la grand-parentalité donne l'occasion d'une réélaboration de l'expérience parentale comme en atteste par exemple, les propos de Michel qui se dit avec son petit-fils : « bien plus coulant qu'avec les miens, vachement patient. Je m'étonne moi-même et mes enfants me disent : tu imagines, si, nous, on avait fait ça ? », ou ceux de Didier qui dit : « je ne me sens pas grand-père. Je ne sens pas de différence entre lui et la relation que j'avais avec mes fils. Je refais avec lui comme j'ai fait avec les autres ».

Il peut aussi s'agir de revisiter l'expérience parentale dans une nouvelle complicité conjugale : Pauline le mentionne : « C'est difficile à expliquer mais mon mari, il ne s'est pas beaucoup occupé de son fils et il s'occupe beaucoup de son petit-fils, donc on a vécu plus de complicité, plus d'intérêts en commun et on est heureux tous les deux de le gâter ». Louis et Liliane font le même constat : le premier affirme : « Quant Lucas est là, on se rapproche » et la seconde confirme : « Il nous oblige à faire des choses ensemble et on se rapproche ». Thierry parle aussi d'un rapprochement dont le petit-enfant est incitateur : « Ça a permis de dialoguer plus, ça donne des sujets de conversation, oui, vraiment, ça nous a rapproché » ;

Norbert exprime la même idée : « Ça ressoude. Ça recentre sur un point commun. On se recentre sur la conjugalité ».

Michel et Monique, quant à eux, soulignent comment Martin, au fil des activités passe de l'un à l'autre au grés de ses envies ; ils montrent, ce faisant comment s'opèrent la partition des tâches au sein du couple. « Avec Martin, dit Michel, si je vais bricoler dans le garage, il vient avec moi, si je vais au jardin, il vient aussi, mais si Monique dit on va faire des crêpes ou une tarte, il va avec elle » ; mais, poursuit Monique : « Et après, avec un air sérieux, Martin m'annonce : bon, je vais travailler avec les hommes et il descend rejoindre son grand-père dans le garage ».

### **Le point de vue des petits-enfants**

Une autre façon d'interroger le genre des grands-parents est de porter son attention sur les productions des petits-enfants invités à dessiner leur grand-père ou leur grand-mère et de se représenter avec lui ou elle dans une activité partagée. Les résultats d'une recherche conduite auprès de 310 écoliers âgés de 7 à 11 ans (Mietkiewicz, 2005) attestent de l'extrême variété des activités que petits-enfants et grands-parents entreprennent ensemble : toute une gamme de loisirs mais également une multiplicité de tâches ordinaires que les papys et les mamies parviennent à rendre ludiques : jardinage et tarte aux pommes, jeux de société et rangement du bois, confection de vêtements de poupées et achats au marché, pêche à la ligne et visite au zoo, soins aux animaux domestiques et piscine, etc. Les grands-parents apparaissent dans ces dessins et les récits qui les accompagnent comme des adultes disponibles aux multiples talents qui savent organiser des temps de loisir partagés et rendre attractifs les tâches habituelles auxquelles ils convient les enfants à participer.

Les activités dessinées présentent aussi la particularité de se hiérarchiser de manière différenciée selon le sexe de l'enfant dessinateur et le sexe du grand-parent dessiné. En effet, avec leur grand-mère, les petites-filles se dessinent en premier lieu en train de réaliser une pâtisserie, alors que les petits-fils mentionnent en priorité des jeux de société. Quant aux grands-pères, ils sont pour leurs petites-filles d'abord des initiateurs de la nature et des compagnons de jeux sportifs, des jardiniers et des pêcheurs, ce que nous retrouvons comme activités privilégiées aussi pour les petits garçons mais apparaît également une activité qui semble exclusivement réservée aux hommes : le bricolage qui se pratique préférentiellement dans un garage ou un atelier, entre initiés. Cette partition des tâches montre sans ambiguïté comment dans les modes relationnels de leurs petits-enfants les grands-mères et les grands-pères sont perçus comme différents, certes à travers une répartition assez traditionnelle des rôles mais aussi par la définition de domaines d'expertise bien spécifiques.

**Pour conclure**, les quelques éléments soumis à la discussion semblent bien attester d'un genre à vieillir dans l'expérience de la grand-parentalité.

Si les nouvelles conditions d'exercice du devenir et du être grand-père ou grand-mère sont liées à l'évolution des structures familiales et à la transformation des modèles familiaux, tant dans l'expérience intime que dans le regard des jeunes enfants, les grands-parents se déclinent au féminin et au masculin.

## BIBLIOGRAPHIE

- Attias-Donfut, C.** (sous dir.) (1995). *Les solidarités entre les générations. Vieillesse, Familles, Etat*. Paris : Nathan.
- Attias-Donfut, C. & Segalen, M.** (1999). *Grands-parents. La famille à travers les générations*. Paris : Odile Jacob.
- Attias-Donfut, C., Lapierre, N. & Segalen, M.** (2002). *Le nouvel esprit de famille*. Paris : Odile Jacob
- Billé, M.** (2007). Rupture, crises et réorganisations familiales. *Gérontologie et Société*, 121, 73-84.
- Blanché, A.** (2007). Ruptures, passages, approches psychanalytiques du vieillissement. *Gérontologie et Société*, 121, 11-30.
- Châtelet, N.** (2009). *Au pays des vermeilles*. Paris : Seuil.
- Chauffaut, D.** (2003). Les relations entre les relations : de la contrainte au plaisir. *Consommation et modes de vie*. Credoc. n° 164.
- Dolto, F.** (1950). *Les grands-parents*. L'école des parents, 3, 25-34.
- Doucet, G.** (1997). *Au bonheur des grands-mères*. Paris : Albin Michel.
- Clos, Y.** (1989). *Dis mamie tu l'écris notre histoire d'amour*. Paris : Robert Laffont.
- Judy, H.P.** (2005). *L'art de ne pas être grand-père*. Belval : Circé.
- Lalive d'Epernay, C. & Cavali, S.** (2007). Changements et tournants dans la seconde moitié de la vie. *Gérontologie et Société*, 121, 45-60.
- Le Borgne-Uguen, F.** (2000). La grand-mère, la mère et l'enfant. Ajustements et incertitudes dans la construction du rôle de grand-mère. *Dialogue*, 147, 46-57.
- Manceaux, M.** (1989). *Le fils de mon fils*. Paris : Plon.
- Martinerie, A.** (1982). *Une passion de grand-mère*. Paris : Robert Laffont.

- Mietkiewicz, M.-C.** (2005). S'il te plait, dessiner-moi tes grands-parents. Le point de vue des petits-enfants sur les grands-parents .In : B. Schneider, M.-C. Mietkiewicz & S. Bouyer. *Grands-parents et grands-parentalités* (pp. 103-118). Toulouse : Erès.
- M'ma Paco** (1988). *Guide des grands-mères*. Paris : Hermé.
- Rouyer, V.** (2007). *La construction de l'identité sexuée*. Paris : Armand Colin.
- Schneider, B. & Mietkiewicz, M.-C.** (2007). Couple conjugal et couple parental. In : G. Bergonnier-Dupuy & M. Robin (dir.) *Couple conjugal, couple parental, vers de nouveaux modèles ?* (pp. 217-241). Toulouse : Erès.
- Soulé, M.** (1982). *Les grands-parents dans la dynamique de l'enfant*. Paris : E.S.F.
- Tennenbaum, H.** (2000). Y a-t-il un art d'être grand-père...ou grand-mère ? In : S. Bouyer, M.-C. Mietkiewicz & B. Schneider (Dir.) *Histoire(s) de grands-parents*. (pp. 19-28). Paris : L'Harmattan.
- Vaillant, M.** (2010). *Au bonheur des grands-mères*. Toulouse : Erès.

## UN HOMME A L'HOPITAL :

« ... ET SE SENTIR PARFOIS COMME  
UN CHIEN VIEUX DANS UN JEU DE DAMES... »

Sébastien RICHER<sup>29</sup>

### Ouvrir pour commencer...

Je propose dans ce texte de croiser quelques enjeux issus de la rencontre du Masculin, du Féminin et du Vieillissement dans le contexte singulier d'un service de moyen séjour gériatrique : espace et temps de transition, de passage ; de décrochages aussi, parfois soudains, d'une étape de vie à une autre. Avec cette impression première que l'hôpital veille en fait à ne pas laisser parler trop fort l'altérité, la catégorisation par genre ou la différence des sexes... différence fondatrice, à l'origine, si l'on en croit certains<sup>30</sup>, des processus même de pensée.

La plupart du temps, cette question du genre semble ainsi rester plutôt en embuscade, du côté du filigrane et de la transparence, comme si les données étaient connues de tous et surtout de toutes.

Les professionnels du service sont, en effet, à 80 % des femmes ; et l'on est plus près des 95% pour le soin dit « de proximité » ou de « première ligne » : Aide-soignante, Infirmière, Agent de Service Hospitalier... Les soignées sont, elles aussi, des femmes à plus de 85 %. Et alors... Est-ce que *ça change quelque chose* ? Et si oui, à quel moment ce déséquilibre repéré vient-il interférer dans la diversité de tout ce qui se vit et se partage à l'hôpital ?

<sup>29</sup> Psychologue clinicien, Lyon.

<sup>30</sup> « *L'observation de la différence des sexes est au fondement de toute pensée, aussi bien traditionnelle que scientifique. Le corps humain présente un trait remarquable, et certainement scandaleux, qui est la différence sexuée et le rôle différent des sexes dans la reproduction. Il s'agit là du butoir ultime de la pensée.* », Fr. HERITIER (1996), *Masculin/féminin*, O. Jacob, Paris, pp.19-20.

Qu'il y a-t-il de spécifique dans la rencontre entre un homme âgé et une équipe, principalement féminine ? Ou encore, ce qui n'est peut-être pas tout à fait pareil : y a-t-il une expérience spécifiquement masculine de l'hospitalisation ?

### 1. Vieillir homme, vieillir femme...

Vieillir renvoie chacun aux possibles et aux impossibles de son corps propre.

La prise de conscience de notre vieillissement, finalement toujours un peu accidentelle, s'opère quand une fonction physique ou intellectuelle jusqu'alors exercée naturellement, commence soudain à s'altérer jusqu'à devenir problématique. Les modalités du corps sont nombreuses pour venir signifier ce passage : symptômes digestifs, urinaires, articulaires, équilibre défaillant ou difficultés mnésiques...

Les femmes et les hommes hospitalisés en service de soins de suite et de réadaptation le savent, eux qui viennent généralement de traverser une phase difficile, tissée de douleur et d'appréhensions. Si, pour la plupart, ils ont déjà fait l'expérience de la maladie et de l'hôpital, c'est souvent la première fois que, au-delà de l'organe blessé ou fatigué, c'est leur personne dans son entier qui se trouve convoquée sur la scène de la prise en charge médicalisée.

Avec d'emblée en arrière-fond les questions de la passivité, de la dépendance, des risques qui y sont liés... Des éléments de passivation<sup>31</sup> aussi, qui apparaissent inexorablement dans ces échanges.

Les hommes et les femmes ne vieillissent pas tout à fait pareil. Pour la sociologue Annette KEILHAUER, les différences entre les sexes à l'heure du vieillissement peuvent être appréhendées comme « *le résultat d'un amalgame de données biologiques, de facteurs sociaux et de leur interprétation symbolique dans une construction culturelle* ». <sup>32</sup> Autant de dimensions mobilisées dans le cadre d'un service hospitalier accueillant au quotidien, et dans un temps de crise, des hommes et des femmes touchés, chacun à leur manière, dans leur identité, dans leur corps et dans leur devenir.

Femmes et Hommes, ils le sont bien avant leur arrivée à l'hôpital. Leur âge réel et leur rapport au temps, ils le découvrent parfois, à l'occasion de cette rencontre « soudaine », « accidentelle », « imprévisible » avec le monde gériatrique qui les renvoie subitement à leur vieillissement propre. Une expérience appréhendée différemment selon son genre ?

---

<sup>31</sup> « *La passivation, à la différence de la passivité, serait ce qui contraint à subir et non simplement un mode de jouissance recherché* ». A. GREEN (1999), « Passivité-passivation : jouissance et détresse », in *Revue Française de Psychanalyse*, 5, pp. 1588-1600.

<sup>32</sup> A. KEILHAUER (2005), « Neutralisée ou inquiétante : représentations de la femme vieillissante dans la littérature française », in *Gérontologie et société*, 3, N° 114, p. 149-165.

Le vieillissement est en tout cas mis en évidence par des « horloges biologiques » et des « horloges sociales » différentes pour les femmes et pour les hommes. Négociés dans la relation avec les autres, ajustés sous leur regard, ces marqueurs temporels sont constamment adossés aux ressentis corporels.

C'est ce que pointe bien Eliane PERRIN<sup>33</sup> - elle aussi sociologue - quand elle rappelle que le corps des femmes semble instaurer un rapport au temps différent de celui des hommes, des temps distincts mais pas indépendants, et qui viennent notamment se croiser sur le théâtre relationnel d'un service hospitalier. Elle rappelle en effet que :

- Le temps des femmes leur est signifié de l'intérieur, par leur corps physique, biologique ; par les habitudes liées par exemple au cycle menstruel, aux bouleversements hormonaux et à la procréation qui favorisent une certaine familiarité de l'écoute du corps. Marqué par des étapes clés, des points de limite, des certitudes intérieures, le temps féminin apparaît comme **irréversible**. Il a un sens, une direction.

- Le temps des hommes leur est signifié de l'extérieur, par les montres et les anniversaires, par leur femme qui arrive à la ménopause, par un ami du même âge qui a un grave problème de santé ou qui meurt d'un infarctus... Inscrit dans un **continuum** parsemé de sensations (de fatigue, de manque d'énergie...) le plus souvent considérées comme subjectives et passagères, le temps masculin apparaît comme **réversible**. Il permet aux hommes d'entretenir une illusion formidable, celle d'avoir tout le temps, d'être – et pourquoi pas ? - éternel ou immortel. Yvon DALLAIRE illustre d'ailleurs d'une métaphore cet écart entre la ménopause et l'andropause, cette dernière plus discrète s'étendant sur une plus longue période (45-70 ans) : « *Si les femmes tombent d'une montagne, les hommes roulent en bas d'une colline.* »<sup>34</sup>

Des hypothèse qu'il faudrait approfondir pour éclairer cette impression que les hommes n'arrivent pas non plus à l'hôpital dans des contextes et selon des tempos superposables à ceux des femmes : ils sont accompagnés plus longtemps à domicile (notamment par les femmes de la famille, épouses ou filles le plus souvent), répondent moins facilement aux perches tendues par les dispositifs de prévention, se mettent plus systématiquement en danger...

---

<sup>33</sup> E. PERRIN (2009), « Temps féminin, temps masculin. Réflexions sur le corps et le temps », <http://files.chuv.ch/internet-docs/dgo/dgo-formation-sante-et-migration.pdf>

<sup>34</sup> Y. DALLAIRE (2007), « L'andropause ou la vie cachée des hommes », in *Gérontologie et Société*, 142, pp. 15-20.

Paul-Laurent ASSOUN l'affirme : « Dès qu'il y a de la chair, il y a du "masculin" et du "féminin" » - façon de rappeler que le corps est sexué, ancré dans la sexualité et que c'est à partir de là et au moyen de cette boussole que le sujet s'oriente dans l'espace »<sup>35</sup>.

Une boussole qui, au fil des années, et peut-être notamment à l'hôpital, peut perdre la fiabilité de certains de ses points cardinaux. Je pense notamment à cet être étrange, tout de neutralité vêtu, que l'on range parfois sans y penser sous l'appellation générique de « personne âgée ». Et avant d'aller plus loin, je voudrais me glisser dans les mots d'une femme qui s'interroge sur l'orientation fragile de celles et ceux qui sont justement privés de cette boussole :

*« Étrange, n'est-ce pas, comme nous perdons notre sexe lorsque nous atteignons l'âge de 65 ans! Je ne parle pas seulement de notre sexualité, mais de quelque chose de bien plus fondamental : on nous enlève même notre genre. Nous ne sommes plus des femmes ou des hommes de tel âge, mais des membres d'une nouvelle catégorie — les personnes âgées (ou les citoyens de l'âge d'or, ou les vieillards). De nouvelles bureaucraties se préoccupent de notre sort, de nouvelles lois traitent de nos droits (du peu de droits que nous avons), et de nouveaux conseils sont chargés de faire des recommandations à notre sujet à un gouvernement indifférent. Les statistiques qui nous concernent ne distinguent même plus entre les hommes et les femmes, ... masquant ainsi les différences énormes qui existent entre les sexes, et camouflant le fait que les problèmes de la vieillesse sont surtout des problèmes de femmes »<sup>36</sup>*

Ces questions très contemporaines datent... de 1976 ! La féministe américaine, Tish SOMMERS, protestait déjà, à l'époque, contre cette « ultime injustice » faite aux femmes, qui fait qu'après leur avoir attribué nombre de défauts et de qualités mythiques durant toute leur vie, en raison de leur sexe, on leur dit tout à coup qu'à partir d'un certain âge, ces différences entre les sexes n'existent plus. Et en deçà de cette différence ? « Chaque fois qu'est récusée la différence masculin/féminin, c'est l'opposition maternel/infantile qui est renforcée »<sup>37</sup> prévient Michel SCHNEIDER...

---

<sup>35</sup> P.-L. ASSOUN (2005), *Leçons psychanalytiques sur Masculin et Féminin*, Anthropos, Paris, p.5.

<sup>36</sup> T. SOMMERS (1976), *Aging is a Woman's Issue*, *Response*, 12., citée in DULUDE L. (1980), « Vieillesse, monde de femmes », *Santé mentale au Québec*, vol. 5-2, p. 33-40.

<sup>37</sup> M. SCHNEIDER (2002). *Big Mother. Psychopathologie de la vie politique*, Paris, Odile Jacob.

## 2. Que disent les soignant(e)s de cette spécificité masculine à l'hôpital ?

Pour ne pas rester trop seul devant l'ampleur d'une telle question, j'ai demandé à différents soignants du service ce qu'ils en pensaient, en les rencontrant au hasard des pauses et du roulement des équipes, et en étant la plupart du temps le seul homme face à deux ou trois aides-soignantes et infirmières.

Si les remarques suivantes ne prétendent pas - bien entendu - à une quelconque généralisation, elles m'ont étonné par la répétition des formules et des points de vue consacrés à la singularité masculine à l'hôpital.

Ce n'est, tout d'abord, « *pas une question que l'on se pose en tant que professionnel* » : « *C'est vrai qu'il y a plus de femmes – s'accordent les soignants – mais on ne fait pas vraiment la différence... L'important, c'est que les soins soient faits et bien faits, que les patients soient remis debout, traités ou au moins soulagés* ». « *C'est important la neutralité !* » me précise même l'une des infirmières en me rappelant que ce principe est bien placé dans le top 7 des valeurs fondatrices affichées par l'association gérant l'hôpital.

Les premières réactions sont donc plutôt celles de l'étrangeté face à une question que les professionnels ne s'approprient pas d'emblée. Puis les idées croisées appellent des visages, des noms, des corps, des numéros de chambre, des « *tu te souviens de celui-là ?* »...

Et bientôt c'est toute une ribambelle de situations qui défilent, ponctuées de rires et de souvenirs vite ravivés. En quelques phrases, c'est le temps des étiquettes, énoncées, confirmées et reprises en chœur, anecdotes soignantes à l'appui... « *Les hommes à l'hôpital ?* » : dans le désordre, les soignantes me confirment ainsi qu'« *ils sont quand même plus chochottes, plus douillets... Et puis ils n'en font pas lourd : d'une manière générale, si on les laisse faire, ils ne se lavent pas, se lèvent à peine. Ils aiment bien se faire dorloter...* » Puis par petites touches, sur un autre registre : « *il y a les vicieux aussi, ceux qu'on capte vite, et dont on apprend à se méfier...* ».

Au risque d'aller un peu vite, trois figures se détachent ainsi dans les discours spontanés des soignants :

- Premier costume « prêt à porter » pour les hommes arrivant à l'hôpital : celui du porteur de menace, du violeur potentiel d'espace ou de distance : « *il n'est pas violent au moins le nouveau ? Et ses troubles du comportement, on sera de taille à les canaliser, il est quand même costaud...* » Violence physique crainte et anticipée, notamment dans des contextes de troubles cognitifs et de démences frontales pouvant générer des désinhibitions et des réactions explosives. Menaces aussi de dérapage vis-à-vis des patientes vulnérables ou des professionnelles, souvent en première ligne dans le corps à corps quotidien et obligé. Menace enfin d'effraction de son espace personnel et intime, quand le

- patient ne contrôle pas toujours ses propos ou ses gestes. Avec des mouvements de recul partagés et souvent très (trop ?) rapidement diffusés en relève, à l'oral ou par écrit : une main ou une remarque baladeuse, un regard trop mal placé, une attente de gestes soignants « *sur certaines zones, alors qu'il est bien capable de s'en occuper tout seul...* », un « *redressement indélicat* » ou une position inadéquate dans le temps du soin ou de la toilette<sup>38</sup>...
- Presque à l'opposé sur l'échelle du ton employé pour les décrire, on trouve toutes les figures du « grand-père charmant », qui vient se glisser dans la posture attendue de la sagesse et de la figure parentale rassurante... et finalement bien désexuée. Autre terme souvent entendu, sur un ton d'empathie et de protection d'abord maternel : « *oh ce monsieur, c'est une bichette... C'est un vrai plaisir de s'en occuper...* »
  - Troisième posture évoquée : la figure de « l'homme de sa femme », qui vient réinscrire le lien entre les soignants et l'homme hospitalisé dans un contexte de tiercéité possible : une place réelle ou imaginaire est alors laissée à l'épouse, à l'amie, voire à la « copine » comme nous le précisait il y a quelques semaines un patient de 92 ans en parlant de celle qui partage sa vie depuis plus de 30 ans et qui vient chaque jour à son chevet pour le couvrir de « petites attentions ». Cette présence féminine génère différents types de réactions qui souvent s'enchaînent ou s'entremêlent chez les soignants : une forme de rivalité, tolérable tant que perdure une distance suffisante entre les « petits soins » et le soin ; mais aussi certaines connivences ; parfois même un réel soulagement dans des moments d'aide bienvenus...

En résumé, et à en croire ces quelques raccourcis, les hommes à l'hôpital ce seraient : des tendances au « laisser-aller » ? Une sensibilité plus grande aux soins du corps et à la douleur ? Des distances et des places plus difficiles à construire pour les soignantes, plus nombreuses au quotidien à s'occuper d'eux ?

---

<sup>38</sup> Parfois même une déclaration d'amour : je pense notamment à un patient de 83 ans ayant fait « pleurer » une jeune agent de service en lui écrivant une véritable déclaration d'amour. Ce qui avait déclenché une réaction « en bloc » des soignantes, surtout des plus expérimentées, qui s'était interposées en réduisant les contacts avec ce monsieur au strict minimum : « *On ne veut pas de ça ici !* » (le Ça n'est justement pas - ici - le bienvenu ?). Avec aussi la culpabilité de la jeune fille comme réflexe immédiat : « *mais qu'est-ce que j'ai bien pu faire pour déclencher chez lui une réaction pareille...* » Et au-delà de l'acte, c'est aussi la question de l'affect qui semble ici posée, en venant pointer la difficulté qu'ont les professionnels à le traiter de façon ajustée...

### **3. Le choix d'une vignette clinique : Accompagner M. MENSCH**

Pour aller plus loin, je propose de suivre le fil d'une rencontre clinique, qui a fait travailler durant de longs mois nos ambivalences de soignants, avec des changements de regards successifs, en fonctions des étapes et des positions occupées par les différents professionnels.

#### **a. Une courte parade d'arrivée (début mai)**

Mon premier contact avec M. MENSCH est auditif et interstitiel : l'une des aides-soignantes le décrit à sa collègue présente dans la salle de repos comme « *le nouveau dragueur du service, avec sa moustache et ses faux airs d'acteur connu...* » : « *Encore un qui cherche l'aventure* » précise-t-elle en rapportant l'avoir entendu évoquer son projet de « *rencontrer quelqu'un... et pourquoi pas, une veuve joyeuse au sein du service* ». Il est décrit comme assez entreprenant... mais en même temps, on ne sent pas de réelle appréhension des soignantes, comme c'est parfois le cas ; plutôt une méfiance amusée, avec même une pointe d'excitation : « *et puis on en a déjà connu des couples qui se forment dans le service...* ».

J'apprends le lendemain au cours de la réunion de synthèse que ce patient de 70 ans arrive en moyen séjour pour peaufiner sa guérison après un séjour long et mouvementé au sein d'un hôpital militaire où il avait été admis, via les urgences - et je cite son dossier - : « *pour la prise en charge d'une plaie surinfectée au niveau du pied gauche sur une artériopathie très sévère, un diabète négligé et un état de misère physiologique important* ».

Les 9 mois qu'il vient de passer à l'hôpital sont en effet tissés de complications multiples, résumées par la médecin du service à coup de pontages successifs, d'amputation de l'orteil, de décompensation cardio-pulmonaire entraînant des surinfections, puis des troubles digestifs, donc une coloscopie, qui fait à son tour découvrir des polypes... Chaque examen ou proposition thérapeutique venant mettre la lumière sur un nouveau problème. Il arrive donc dans le service pour reprendre des forces, être « ré-autonomisé » et bénéficier des soins de cicatrisation de son « mal plantaire perforant » qui, précise l'une des aides-soignantes, « *lui laisse sous le pied un trou béant* ».

Six jours à peine après son entrée, il est de nouveau muté vers l'hôpital militaire à cause d'une infection aussi soudaine que sévère.

## b. Se « redresser enfin à l'hôpital » ? (mi-mai / fin juin)

Je le rencontre enfin lors de son retour, 15 jours plus tard et le trouve amaigri, allongé dans son lit, bien loin des images que j'avais associées à l'évocation des « *veuves joyeuses* ». Il est visiblement content de pouvoir prendre le temps de parler et se présente comme un « *revenant de l'abandon de lui-même* » : il ne se savait ni malade, ni diabétique, ni à se point fragile lorsque son fils unique de 30 ans l'a fait hospitaliser en urgence, 9 mois plus tôt.

Divorcé depuis une vingtaine d'années, M. MENSCH vivait seul jusqu'alors, dans un appartement en location, au troisième étage sans ascenseur. Son fils décrira des conditions de vie s'étant dégradées ces dernières années et un état d'incurie important à domicile.

Il choisi des formules de connivence pour me raconter son passage « *dans les bras d'Edouard* » (pour les urgences de l'hôpital *Edouard HERRIOT*) et surtout les médecins militaires chez qui « *on peut se réfugier* » et vis-à-vis duquel il ne tarit pas d'éloges : « *et surtout la "médecin colonel", une sacrée femme, qui m'a remis debout alors que je ne m'étais même pas rendu compte que je ne valais plus grand-chose* ».

Les semaines suivantes évoluent plutôt du côté du progrès : ses plaies cicatrisent bien, il trouve des angles d'appui lui permettant de poursuivre sa rééducation et de marcher à nouveau avec ses cannes. On le revoit dans les couloirs où il s'installe souvent pour discuter avec les patientes des chambres voisines. Il m'avoue d'ailleurs, tout en s'en excusant dans un sourire, les avoir fait rire en leur expliquant qu'il avait rendez-vous avec « *Monsieur le Révérend Sébastien* »...

Des liens se tissent aussi avec son voisin de chambre, de plus de 15 ans son aîné, qu'il s'efforce de soutenir dans une histoire de couple compliquée : l'épouse de ce dernier a en effet décidé qu'elle ne voulait plus s'occuper de lui à domicile, et qu'il allait, de fait, devoir entrer en institution au sortir de l'hôpital. Il se dit étonné, se découvre des « *tendances de solidarité d'homme à homme* », cherche à comprendre comment un couple de 85 ans « *peut en arriver là* ». A contrario, il ne parle que très peu de son ex-épouse avec laquelle il n'avait quasiment plus de liens mais qui vient le voir, de nouveau et régulièrement, depuis son hospitalisation aux urgences. Selon lui, « *elle s'est mise en tête de gérer son linge sale et tous ses petits besoins personnels...* », formule énigmatique dont il ne semble pas entendre les connotations possibles. Également renoués au moment de son hospitalisation, les liens avec son fils restent fragiles : tout juste père de sa première fille, ce dernier se dit très perplexe vis-à-vis des capacités de son père à gérer le quotidien. Il vient de lui offrir le statut de grand-père mais lui fait comprendre qu'il n'est plus aussi disponible. M. MENSCH n'a d'ailleurs jamais vu sa petite-fille autrement qu'en photo, sa belle-fille - infirmière auprès de jeunes diabétiques - « *craignant trop, pour l'enfant, la fréquentation des hôpitaux* »...

Nos rencontres hebdomadaires, qu'il semble beaucoup investir, restent saturées de questions relatives à ses difficultés physiologiques et aux quelques progrès qui se dessinent. Il n'évoque pas son souhait de retourner chez lui et se dit « *encore trop dépendant de l'actuel pour pouvoir envisager concrètement la suite* ». Une nouvelle intervention chirurgicale est d'ailleurs programmée pour poser une sonde assez technique entre son rein et sa vessie.

La nuit précédant sa consultation d'anesthésie, M. MENSCH chute lourdement en voulant aller seul aux toilettes et se fracture partiellement le bassin.

### **c. Une synthèse et un entretien : perceptions croisées (début juillet)**

**La réunion d'équipe de la semaine suivante permet aux aides-soignantes de dire leur gêne grandissante à l'accompagner :**

Les deux aides-soignantes présentes à la synthèse sont sur le même registre : « *il faut vraiment le stimuler* » car il est en train de « *complètement régresser* ». Elles le décrivent comme « *très apathique depuis sa chute* ». « *Bien sûr que la douleur le gêne* » mais comment comprendre qu'il reste cloué au lit pratiquement toute la journée, qu'il ne participe quasiment plus lors des soins alors que « *la nuit, au contraire, ça bricole... ça travaille beaucoup sous les draps ?* » s'interrogent-elles d'un air entendu ; elles ne s'expliquent pas ce glissement soudain qui visiblement les inquiète et n'hésitent pas à mettre en avant sa petite-fille tout juste née « *pour qu'il se motive, qu'il se bouge* », « *qu'il ne devienne pas ce qu'il donne à voir : un grabataire en instance* » : « *Rendez-vous compte, il se lève maintenant tout nu, malgré le risque de croiser une des dames hospitalisées dans la chambre d'à-côté ; la nuit, il arrache son pénilex<sup>39</sup> ; il n'en fout pas une, et puis ça ne le dérange pas de nous attendre, les cacahouètes à l'air, qu'on vienne le piquer le matin... il faut qu'il arrête de se laisser aller...* »

#### **Les mots et les vécus de M. MENSCH :**

Je le rencontre l'après-midi même, à l'occasion de nos entretiens hebdomadaires : il ne feint même pas de se redresser dans son lit et me semble « différent » des fois précédentes. Il me parle de ses problèmes avec les soignantes qui sont tout d'un coup devenues plus « sèches » : on lui a dit qu'il devenait grabataire, comme une accusation, une malédiction qu'il cherche maintenant à chasser ou à estomper d'un geste de la main. Chacune de ses phrases, pourtant affirmatives, porte quelque chose d'une question silencieuse, comme un besoin de réconfort, de compréhension, de solidarité ? Il me parle de ses douleurs, de son

---

<sup>39</sup> Dispositif pénien permettant de recueillir ses urines sans avoir à le sonder.

bassin fracturé, mais aussi de ses problèmes digestifs, de ses « *débâcles soudaines et incontrôlables* », « *de ses crises fourbes qui le prennent par surprise* », qui font qu'il n'a même pas le temps d'enlever son caleçon ; depuis hier, il en a d'ailleurs pris son parti et préfère rester nu sous son drap : « *pour aller plus vite et avoir une chance...* ». Il s'est quand même fait « *gronder* » d'avoir sali les draps cette nuit... Il se sent « *à la merci...* ».

Il m'explique que la nuit, « *on lui met une espèce de préservatif pour qu'il soit tranquille* » (son pénilex ?) et pourtant, ce matin, elles sont venues, ont touché son drap, l'ont palpé et se sont mises à lui reprocher d'être complètement trempé ! « *Ce n'est quand même pas [sa] faute si leur système à elles s'est détaché sans [qu'il] ne s'en rende compte* »... « *Vous savez M. Sébastien* », conclue-t-il dans un sourire un peu forcé : « *il arrive un moment où l'on a surtout l'âge de ses sphincters...* ».

#### **d. Parler et redire encore... pour s'appropriier et mieux se connaître (juillet / septembre)**

Durant plusieurs semaines, dans les entretiens suivants, il éprouve le besoin de revenir à nouveau sur le choc de ses opérations successives, qu'il compte, ressasse, s'efforce de remettre dans un ordre plus chronologique qu'affectif :

- les pontages du ventre, puis de la jambe ;
- le mal plantaire, l'amputation de l'orteil, suite à la découverte tardive et soudaine de son diabète et de l'artérite : « *personne ne lui en avait jamais parlé avant* » ;
- la chute en se levant la nuit pour aller aux toilettes sans déranger personne : la main qui loupe le cadre et la sensation de s'affaler ; les critiques agressives pour dénigrer son geste et son envie/besoin d'autonomie : « *tout ça pour ça... Vous ne pouviez pas attendre qu'on vienne le faire... ?* ». Son fils qui lui reproche « *d'avoir encore fait le zouave* ». la fracture du bassin qui reste extrêmement douloureuse et qui lui interdit la station « en équerre » : il ne doit être que debout ou allongé.
- son opération de l'urètre, « *où on lui a enfoncé, par une petite entaille une caméra pour lui voir le dedans des entrailles* » ; et lors de l'intervention, la sensation très étrange, suite à la péridurale, de ne plus sentir la partie basse de son corps, du nombril aux doigts de pied et le fait de ressentir un soulagement inimaginable : comme s'il avait trouvé la réponse à tous ses problèmes... puis « *quelque chose de trop bizarre... la sensation d'être dans une moitié de [lui], sans reconnaître les parties mortes [qu'il] tâte du bout des doigts, [qu'il] ne peut s'empêcher de palper tout en [se] disant que ce n'est pas [son] corps...* ».
- et dans cette litanie d'opérations qu'il connaît par cœur « la mise en scène » touchante voire même effrayante des expériences de passivation, déclinées

sur le mode lancinant des « **participes passifs** » : « *vous êtes couché, vous êtes déshabillé, vous êtes rasé, puis on vous couche sur une table bien trop dure, pourquoi c'est si dur le billard d'ailleurs ? Vous êtes endormi... et puis après c'est eux qui s'occupent de vous...* ».

Au cours de ces longues semaines, il prend le temps – et s'autorise peut-être aussi – à évoquer sa vie d'avant l'hôpital : ancien expert comptable il a fini sa carrière en arrêt maladie avec ce qu'il appelle « *une dépression du feu de Dieu* » : il n'en pouvait plus de ces chiffres, de ces exigences continuelles, à devoir toujours être parfait dans ses calculs, dans ses vérifications... Une profession qu'il avait « *embrassée de force* », parce que son père avait décidé que ça lui irait bien et que c'était un bon métier pour lui. Ce qu'il aurait aimé faire s'il avait plus eu le choix : « *de la peinture... pour garder des tableaux et pour en offrir* » précise-t-il avec nostalgie.

Il se souvient avoir été très « bousculé » par les injonctions soignantes qui lui en demandaient beaucoup il y a quelques semaines. Il se méfie encore des « débâcles intestinales » qui le menacent constamment - sorte de passivation interne -, comme la chute en avant et les fragilités nouvelles liées à ses réflexes post-chute. Il est également perturbé par le fait qu'il a dépassé le forfait hospitalier pris en charge par sa mutuelle... Par les **questions** aussi des procurations qu'il doit formaliser auprès de son fils pour que ce dernier vienne s'occuper des papiers qu'il dit ne plus comprendre.

Le principe de réalité le rattrape de façon soudaine quand, avec l'assistante sociale, nous commençons à aborder concrètement son avenir : une entrée en EHPAD serait finalement un bon compromis et les démarches sont engagées. Puis annulées subitement par M. MENSCH lorsqu'il s'agit de monter un dossier administratif précis et chiffré : éclatent alors une colère impromptue et un refus catégorique. En tête à tête, lors de notre entretien suivant, il s'autorise à rassembler quelques-unes des inconnues de cette difficile équation : des dettes, des avoirs, des secrets, des conflits qui attendent, larvés, que quelqu'un les affronte : la question de la curatelle, de l'impuissance à gérer ses comptes ; la honte d'être vu comme ça, d'être « *démembré comme ça* », délesté de ses papiers, de ses chèques, de son assurance..., d'être mis à nu, d'être découvert castré... Il ne supporte ni l'évocation du dossier de surendettement ni l'idée de faire peser sur son fils la moindre participation financière et se dit prêt à tout remettre en cause. Il n'accepte que le compromis d'une entrée éventuelle en foyer logement, qu'il pourrait assumer seul financièrement.

e. « **Un chien vieux dans un jeu de dames...** » (octobre)

4 mois après son arrivée dans le service, je le reçois comme chaque semaine dans mon bureau : « Ça va faire un an ! A chaque étape on m'a dit : « ça va être long... » mais en tout, ça fait un an d'hôpital ! C'est pas possible, un an, d'une traite ! Une aide-soignante m'a demandé ce matin si je voulais de l'aide... Mais non, non... même au pire de la crise, on ne m'a jamais... je me suis toujours... Et ce matin en salle de restaurant, j'étais encore fatigué et je demande à une petite jeune avec la blouse de soignante : « **pourquoi moi, personne ne vient me chercher... ?** ». Elle me dit alors : « **parce que vous êtes un homme, et vous avez des bras, alors vous pouvez faire fonctionner les trucs qui sont inaccessibles aux dames...** ». Mais elles, elles ne peuvent pas ? Non parce qu'elles ont soi disant leurs faiblesses... Moi on m'a toujours dit débrouilles-toi : on m'a donné un chariot et puis vogue... Il y a vraiment de quoi se sentir comme un chien vieux dans un jeu de dames ! C'est pas que je le déplore mais je devais quand même pas être trop, trop considéré comme un handicapé... Quand j'écoute au restaurant, ça se met à discuter les mémés, ça se raconte son âge et les concours de problèmes. Ma mère est morte il y a trois ans en maison de retraite, elle était restée debout jusqu'au bout, avec son déambulateur... Et ce truc, c'est moi qui le traîne aujourd'hui... en seulement trois ans... Mais où est-ce que je vais atterrir moi ? C'est que ça me travaille ça. Je vais déjà repasser sur le billard froid et dur du chirurgien... J'en rêve la nuit... La première fois j'ai quand même bien failli y rester... et maintenant, je suis presque tout neuf.... Il me reste à reprendre du poil de la bête...».

Il termine l'entretien en me reparlant de la visite de pré-admission qu'il avait décidé d'annuler en juin, car il n'était pas, alors, suffisamment valide : « J'étais pas beau à voir, ça aurait tout faussé... c'était le lion décrépi, goutteux, n'en pouvant plus... vous savez, le lion malade de la peste de La Fontaine<sup>40</sup> ... Ben c'était moi à l'époque ! »

f. Et la suite ?

La suite contiendra une succession impressionnante de nouvelles complications, d'infections récurrentes et d'interventions chirurgicales en cascade. Il se remettra cependant debout, reprendra peu à peu confiance dans sa démarche hésitante et pourra enfin quitter le service pour entrer en foyer logement, après 15 mois d'hospitalisation.

---

<sup>40</sup> « Les Animaux malades de la peste » (**La Fontaine, Fables**) : Un mal qui répand la terreur, Mal que le Ciel en sa fureur, Inventa pour punir les crimes de la terre, La Peste (puisque'il faut l'appeler par son nom), Faisait aux animaux la guerre. Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés [...] À ces mots on cria haro sur le baudet. [...] il fallait dévouer ce maudit animal, ce pelé, ce galeux, d'où venait tout leur mal. [...] Selon que vous serez puissant ou misérable, les jugements de cour vous rendront blanc ou noir. »

4. Quelques résonances condensées dans cette formule étrange et riche :  
« comme un chien vieux dans un jeu de dames... »

a. « *Un chien vieux* » : figures fragiles d'un remaniement narcissique imposé

La réalité du corps vieillissant se situe d'abord dans le regard de l'autre et dans ce jeu de miroir qui insiste pour nous rappeler que l'image du corps ne correspond plus à cette image idéale et entière qui puise ses sources dans le narcissisme infantile. En étant rattrapé par ce qu'il appelle la « malédiction du diabète », M. MENSCH s'est découvert un nouveau corps, soudain fragile et progressivement livré aux examens et aux sentences médicales. Une expérience difficile qui lui fait frôler les frontières le séparant d'autres espèces animales (*le chien vieux, le lion décrépi...*) et le renvoie à des **questionnements identitaires massifs** plus ou moins conscients, auxquels il réagit en incarnant et en alternant des positions parfois très différentes.

Je choisis d'en relever cinq, venues ponctuer ce long périple :

- **La figure de l'homme qui parade** quand, fragilisé par ses dépendances nouvelles, il semble déstabilisé vis-à-vis de son sentiment identitaire sexué (cf. les formules évoquant une homosexualité psychique latente...). Il réagit à cette fragilité narcissique en adoptant un comportement de réassurance virile. Attitude qui peut évoquer celle des « rouleurs de mécanique » étudiés par Michel FAIN, et pour lesquels « *toute défaillance montrée est vécue comme une exhibition de la castration et déclenche une contre-exhibition de force virile qui contre-investit en permanence la crainte de métamorphose en femme* »<sup>41</sup> ;

- **La figure de l'homme qui tombe**, soudain confronté à l'indépassable du vieillissement « *et qui se questionne violemment sur ce qui le fait encore tenir debout, sur ce qui le motive à aller plus loin (...) sur la fiabilité de ses soubassements psychiques, de ses liens, et de ses « attaches »* » comme le précise Catherine ROOS en rappelant à quel point la chute vient réinterroger et réactualiser en profondeur la relation du sujet « *au corps et au psychisme maternel, à ses modalités de présence, son assise, la solidité de cet arrière-fond, ses lâchers et les conduites d'agrippement, de cramponnement ou d'emprise...* »<sup>42</sup> ;

- **La figure du malade démembré**, quand les épreuves itératives obligent à passer du « corps que l'on est » au « corps que l'on a » ou plutôt « qui nous reste » ; nul n'est alors à l'abri de l'émergence du morcellement : le corps perçu « en pièces détachées », avec des prothèses en tout genre, internes et externes, plus ou moins exposées au regard de l'autre :

<sup>41</sup> M. FAIN (1990), « Virilité et antihystérie. Les rouleurs de mécaniques », *RFP*, 5, p. 1287.

<sup>42</sup> C. ROOS (2010), « *De faut pas en faux-pas* », *Fascicule 23<sup>ème</sup> Journée d'Etude, ARAGP*, Lyon, pp. 34-47.

dentier, lunettes, sondes, prothèse auditive, canne ou déambulateur... ; avec aussi l'incontinence/« *incontenance* » ... qui vient passiver le corps de l'intérieur ;

- **La figure du fils/père/grand-père qui rejoint sa propre mère**, dans une accélération et une collusion générationnelle vertigineuse. En trois ans, il perd une génération, ou plutôt rattrape celle de sa mère, dans la chute, le renversement et le risque de déchéance : c'est à lui, aujourd'hui, de « pousser le déambulateur... » et de se retrouver soudain à la merci des attentes et des critiques filiales, grand-père virtuel d'une petite-fille qu'il n'a jamais vu ;

- **La figure du patient passif** qui s'incarne, au fil des mois, dans un corps pris en charge, piqué, ramassé, nourri, nettoyé, pénétré, ouvert et refermé... Mais peut-être aussi « déculpabilisé » par la pathologie qui vient autoriser/permets quelque chose d'une « *passivité de vie* », réceptive et créatrice, telle qu'évoquée par Denys RIBAS qui propose de la différencier d'une « *passivité de mort* » dans laquelle le désinvestissement s'insinue.<sup>43</sup> Une passivité créatrice de liens, à laquelle répondent par exemple son fils ou son ex-épouse qui réapparaît dans sa vie, en venant se « lover » dans une position très maternante et dans un lien qu'il décrit par ailleurs comme très désaffecté<sup>44</sup> ;

Quand on a « *l'âge de ses sphincters* », que les « *artères cessent d'avoir l'âge de nos fantasmes* », les ressources antidépressives sont fortement sollicitées. Ce que souligne G. LE GOUËS<sup>45</sup>, c'est qu'elles viennent alors réinterroger la solidité des identifications archaïques qui découlent elles-mêmes d'une **suffisante intégration de la bisexualité psychique** : pour amortir ces chocs narcissiques successifs, la psyché va, en effet, devoir s'appuyer sur les pôles organisateurs de la bisexualité, en étant capable soit d'accentuer l'identification virile pour éloigner les menaces nouvelles, soit de glisser vers l'identification féminine, pour avoir accès à des plaisirs régressifs bien tempérés et pouvoir investir agréablement la passivité. On mesure la complexité des positions plus ou moins consciemment occupées, incarnées et jouées par M. MENSCH à chaque étape de ce séjour.

### **b. « Dans un jeu de dames... »**

Cette alternance se déploie dans un environnement où la prégnance du féminin est de rigueur, dans les interactions et les sollicitations quotidiennes à l'hôpital, entre les voisines âgées et les « *filles* » - comme se nomment entre elles les soignantes du service.

---

<sup>43</sup> « *Lorsque la passivité permet de laisser approcher l'objet désirant, elle est de vie. La passivité de mort le laisse s'éloigner, laisse tomber, renonce* ». RIBAS D. (1999), « Passivité de vie, passivité de mort », *Enjeux de la passivité, RFP*, 5, p.1650.

<sup>44</sup> Avec en filigrane la question du couple qui se redessine autrement : des étayages nécessaires, déssexualisés, mais qui tiennent et font tenir les deux partenaires...

<sup>45</sup> LE GOUËS G. (2005), « Le stade des rides », *Revue française de psychanalyse*, 4 – Vol. 69, Paris, PUF, p. 1046.

Une partie en plusieurs manches qui se déroule dans un contexte hospitalier qui régit son quotidien depuis plus d'un an, dont il doit respecter les usages, les horaires, les priorités... Mais qui en même temps lui permet de se redresser, de s'inscrire dans un projet nouveau, de se dégager de l'incurie solitaire dans laquelle sa souffrance dépressive l'avait peu à peu plongé. Parmi les règles du jeu qu'il s'efforce d'intégrer et de maîtriser, face aux variations constantes des réalités de sa dépendance, on peut repérer les registres de la plainte et de la mise en échec « active » qui garantissent les liens, vis-à-vis notamment de son épouse et de son fils : « *L'insécurité interne génère la dépendance au monde perceptif environnant qui, à son tour, génère le besoin de contrôler cet environnement.* », rappelle Philippe JEAMMET en précisant que l'on contrôle bien moins son environnement par le plaisir partagé que par la mise en place d'une relation fondée sur l'insatisfaction, dont les plaintes, les conduites d'opposition ou d'auto-sabotage des potentialités du sujet sont les moyens d'expression privilégiés<sup>46</sup>. Ce qui n'est pas sans comporter des risques...

### c. L'incongru et le risque

**L'incongru** : le « *chien vieux sur la soupe* » ou « *déboulant sur les quilles* », le masculin sexué qui dérange et bouscule. L'accompagnement de M. MENSCH interroge la différence entre la composante identitaire du masculin, sa *sexuation*, et sa composante érogène, sa *sexualisation*. Il rappelle également que ce n'est pas parce qu'il est vieux que le corps cesse d'être pulsionnel. De nombreuses recherches<sup>47</sup> pointent le fait que la plupart des professionnels affirment être confrontés au quotidien à des situations en lien avec la sexualité. Les réactions sont généralement contrastées : gêne, surprise, bienveillance, attitude moralisatrice ou répressive, dérision, ironie, déni voire des attitudes allant dans le sens d'une « *chosification des corps* ». À l'hôpital, la sexualité pose parfois trop vite et trop fort la question de l'équilibre entre la nécessité identitaire de sa prise en compte et les excès auxquels elle peut renvoyer : comment être sûr de pouvoir contenir toutes ces pulsions, plus ou moins adressées, en déséquilibre constant entre séduction et contacts forcés, entre tendresse et agressivité ? La déssexualisation permet alors de lutter contre la honte, souvent partagée par les soignants et les soignés<sup>48</sup>. Déssexualiser l'âgé pour maintenir une frontière

---

<sup>46</sup> « *Par l'insatisfaction le sujet oblige l'entourage à s'occuper de lui et en même temps il lui échappe et sauvegarde son autonomie puisqu'il le met en échec en un cycle sans fin. Il évite ainsi l'angoisse d'abandon et l'angoisse de la fusion ou de l'intrusion.* », JEAMMET P. (2006), « Du bébé à l'adolescence : les chemins de la destructivité », *Carnet PSY*, p. 21-29.

<sup>47</sup> THIBAUD A., HANICOTTE C. (2007), « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? », *Gérontologie et société*, n° 122, p. 125-137.

<sup>48</sup> Honte que Simone KORFF-SAUSSE lie par exemple au fait de se découvrir appartenant à une espèce sexuée, mortelle et potentiellement dépendante « *Lorsque le corps est malade, c'en est fini de la tranquille cohabitation avec lui. De compagnon docile et silencieux, le corps*

entre *Leur* monde et le *Nôtre*... ? Pour *neutraliser* cette question qui - au final - interroge chacun sur sa propre sexualité ? Pour tenter, peut-être aussi de contrer les vécus de renversement des générations, la scène primitive n'étant jamais très loin avec son cortège de réactions ambivalentes d'envie et de rejet, de curiosité et de besoin de ne pas savoir... L'enjeu est d'autant plus aigu pour les soignant(e)s de première ligne qui, contrairement à d'autres professionnels, ne peuvent ni mettre, ni se mettre provisoirement à distance de l'autre. Toutes les ambivalences peuvent alors s'insinuer dans la relation d'aide. La sociologue Lisa Causse<sup>49</sup> a par exemple travaillé sur ces temps de soin où le plaisir, la créativité et l'énergie des aides-soignantes ne suffisent pas toujours à recouvrir l'angoisse destructive qui travaille en sourdine et peut conduire à des rapports de force ouverts, à des situations d'emprise ou de rejet, de culpabilité et de réparation, ou encore à des attitudes d'hypermaternage. Et les risques liés à la régression sont parmi ceux qui viennent le plus fortement solliciter cette ambivalence.

**Le risque : « *Un éléphant, en marche arrière, dans un magasin de porcelaine* »**

Si, comme on l'a vu, la passivité peut s'inscrire dans un contexte relationnel comportant certains bénéfices secondaires - par le sentiment de sécurité interne procuré, parfois plus satisfaisant qu'une indépendance maintenue avec effort et angoisse - les frontières avec la passivation peuvent aussi mobiliser des angoisses d'anéantissement parfois très archaïques et auxquelles les professionnels sont particulièrement sensibles : « *La passivité de mort* - telle que définie par Denys RIBAS - est celle du repli sur soi dans les attaques extrêmes de l'environnement [...] celle du malade qui cesse de lutter, qui veut la paix et laisse tomber le combat, qui se désinvestit »<sup>50</sup>. Et les soignants savent trop bien vers quelles zones régressives ces glissements peuvent conduire : grabatisation, refus de soin, lâchers prise parfois vertigineux... D'où ces appels insistants du côté de l'autonomie et de la réadaptation. Des demandes qui s'expriment, et cet accompagnement le montre également, sur un mode souvent assez paradoxal :

---

*devient un persécuteur bruyant et rebelle, source d'inquiétudes et de menaces. [...] Ce corps suscite la honte. Aussi bien chez le sujet lui-même que chez ceux qui le regardent et ceux qui le soignent. 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.* », S. KORFF SAUSSE (2010), « Entre honte et idéal : la vieillesse », *Fascicule ARAGP*, Lyon, pp. 6-24.

<sup>49</sup> « *Quand les frontières entre soi et les autres ont du mal à être posées, les relations d'aide qui sont par définition inégales basculent dans la négativité. Elles sont l'occasion de décharger de l'agressivité et de la haine.* » CAUSSE L. (2008), Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles, *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2008/2, n° 6, p. 85-105.

<sup>50</sup> RIBAS D. (1999), « Passivité de vie, passivité de mort », *Enjeux de la passivité*, *RFP*, 5, p.1650.

- *Les soignants supportent mal et l'excitabilité et la passivité **MAIS** Le fonctionnement institutionnel génère continuellement des situations d'excitation et de potentielle passivation. Avec ce contraste quotidien entre l'inertie des soignés, plus ou moins passifs et l'activisme voire l'agitation du personnel, notamment au moment des soins les plus complexes, les plus douloureux et les plus intimes...*
  
- *Les soignants lui demandent de réagir « comme un homme » (mieux qu'une femme ? au moins aussi bien ? « Vous êtes un homme et vous avez des bras »...) **MAIS** supportent mal de mettre en relief ou de tolérer le masculin, le mâle, l'Homme en lui...*
  
- *Les soignantes refusent de se sentir appréhendées comme des femmes, de se représenter elles-mêmes comme des femmes (« on n'est pas là pour ça... ») **MAIS** réagissent en groupe de « filles », de pairs féminines pour défendre l'une d'entre-elles et toutes ensemble...*

Une hypothèse pour comprendre ces paradoxes : si le masculin à l'hôpital génère ainsi toutes sortes d'appréhensions, il apparaît également comme particulièrement nécessaire car il vient réinscrire les liens soignants-soignés dans une dynamique permettant de résister contre le risque régressif. En paraphrasant Michel SCHNEIDER, ne pourrait-on pas ainsi avancer que chaque fois que la différence masculin/féminin est reconnue et soutenue, c'est l'opposition maternel/infantile qui relâche un peu de ses réflexes d'emprise face à la dépendance ? Une dynamique exigeante qui renvoie d'abord chacun à son « travail du vieillir », cette réélaboration nécessaire de l'instance du moi prise entre un monde interne atemporel et la réalité externe qui confronte le sujet à une butée. Mais également à un double travail, du féminin et du masculin, qui assure l'accès à la différence des sexes et à son maintien, toujours conflictuel. Jacqueline SCHAEFFER souligne bien à quel point l'identité psychosexuelle reste finalement instable tout au long de la vie, cette élaboration continue étant « *constamment menacée de régression à l'opposition actif-passif ou au couple phallique-châtré, qui soulagent tous deux le moi en "exigence de travail" face à la poussée constante de la pulsion sexuelle.* »<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> SCHAEFFER J. (2002), « La dynamique du couple ou la co-création du masculin et du féminin », in *Dialogue*, N°155, p. 3-15.

### Ouvrir pour terminer...

J'ai commencé ce texte en interrogeant la spécificité d'une expérience masculine de l'hospitalisation gériatrique. J'aimerais l'ouvrir, plutôt que le conclure, en me demandant comment soutenir cette dimension du masculin à l'hôpital ? Il faudrait parler de mixité plus grande encore, d'occasions de rencontres plus diversifiées, pour rendre possibles de nouveaux repères identitaires entre soignants et soignés...

Mais il faudrait peut-être aussi permettre au groupe soignant de tolérer une place suffisante au féminin, au registre de l'être face à celui du faire et de l'avoir. En faisant cette proposition, je pense notamment aux écrits de Georges GAILLARD, psychanalyste, qui explique à quel point les deux sexes tendent toujours à s'accorder autour du « refus du féminin », ce *féminin* constituant ce devant quoi nous renâclons tous : « *le consentement à « être effracté », la capacité d'« être défait », de se prêter à la déliaison sans que la menace de dissolution ne fasse flamber une castration imaginaire et mortelle ou nous renvoie à un fantasme de viol meurtrier* »<sup>52</sup>.

Cette tolérance à être utilisé ou modifié par l'autre est ce qui autorise la rencontre et permet à l'investissement des soignants de ne pas être détourné des soignés et rabattu au service de leurs propres défenses. G. GAILLARD insiste sur le fait qu'une telle position d'ouverture n'est jamais que potentielle et n'émerge que si les professionnels parviennent à s'établir dans un narcissisme collectif suffisamment bien tempéré permettant à chacun de tolérer d'être restauré par le groupe, à partir des impasses, voire des faillites des différentes prises en charge : « *À défaut, les professionnels se perdent à partir d'une intégrité imaginaire qu'il conviendrait de préserver et de défendre, face aux multiples agirs destructeurs émanant des « usagers » et de leurs familles... C'est alors la rétorsion et l'exclusion qui se profilent.* »

Reste alors à inventer de nouveaux jeux d'hommes et de dames pour permettre à cette tension de rester porteuse, fertile et constructive.

---

<sup>52</sup> GAILLARD G. (2008), « Se prêter à la déliaison », in *Connexions*, 2, N° 90, p. 107-121.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### **ASSOUN P.-L.**

2005 *Leçons psychanalytiques sur Masculin et Féminin*, Anthropos, Paris, p.5.

### **CAUSSE L.**

2008 « Les formes d'engagement des aides-soignantes dans les relations d'aide : des mouvements d'amour contradictoires et réversibles », in *Nouvelle revue de psychosociologie*, 2, n° 6, p. 85-105.

### **DALLAIRE Y.**

2007 « L'andropause ou la vie cachée des hommes », in *Gérontologie et Société*, 142, pp. 15-20.

### **FAIN M.**

1990 « Virilité et antihystérie. Les rouleurs de mécaniques », in *Revue Française de Psychanalyse*, 5. p. 1287.

### **GAILLARD G.**

2008 « Se prêter à la déliaison. », in *Connexions*, 2/2008 (n° 90), p. 107-121.

### **HERITIER F.**

1996 *Masculin/féminin*, O. Jacob, Paris, pp.19-20.

### **JEAMMET P.**

2006 « Du bébé à l'adolescence : les chemins de la destructivité », in *Carnet PSY*, 8/n°112, p. 21-29.

### **KEILHAUER A.**

2005 « Neutralisée ou inquiétante : représentations de la femme vieillissante dans la littérature française », in *Gérontologie et société*, 3, N° 114, p. 149-165.

### **KORFF SAUSSE S.**

2010 « Entre honte et idéal : la vieillesse », *Fascicule 23<sup>ème</sup> Journée d'Etude*, ARAGP, Lyon, pp. 6-24.

**LE GOUËS G.**

2005 « Le stade des rides », in *Revue française de psychanalyse*, 4 –Vol. 69, Paris, PUF, pp. 1043-1060.

**PERRIN E.**

2009 « Temps féminin, temps masculin. Réflexions sur le corps et le temps », <http://files.chuv.ch/internet-docs/dgo/dgo-formation-sante-et-migration.pdf>

**RIBAS D.**

1999 « Passivité de vie, passivité de mort », in *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LXIII, *Enjeux de la passivité*, 5, p.1650.

**ROOS C.**

2010 « De faut pas en faux-pas », *Fascicule 23<sup>ème</sup> Journée d'Etude*, ARAGP, Lyon, pp. 34-47.

**SCHAEFFER J.**

2002 « La dynamique du couple ou la co-crédation du masculin et du féminin», in *Dialogue* 1/2002 (no 155), p. 3-15.

**SCHNEIDER M.**

2002 *Big Mother. Psychopathologie de la vie politique*, Paris, Odile Jacob.

**SOMMERS T.**

1976 « Aging is a Woman's Issue », *Response*, 12, citée in DULUDE L. (1980), « Vieillesse, monde de femmes », *Santé mentale au Québec*, vol. 5-2, p. 33-40.

**THIBAUD A., HANICOTTE C.**

2007 « Quelles représentations les soignants ont-ils de la sexualité des sujets vieillissants ? », in *Gérontologie et société*, n° 122, p. 125-137.

## FEMININ, MASCULIN : LES VIEUX AUSSI SONT CONCERNES

### REFLEXIONS A PARTIR DE CREATIONS EN ATELIER D'ART-THERAPIE GRANDS-PARENTS :

**S. Micoud-Terraud<sup>53</sup>, M. Myslinski<sup>54</sup> et M. Trouilloud<sup>55</sup>**

Préparant cette journée d'étude, nous, Michèle Myslinski, Sandrine Micoud-Terraud et moi-même, sans oublier Tiphaine Guais, stagiaire psychologue ayant coanimé un des ateliers, avons voulu transmettre la parole des personnes que nous accompagnons en EHPAD et dans le cadre d'un accueil de jour au sujet de la question du féminin et du masculin dans la vieillesse.

Plusieurs motivations nous ont mobilisées : laisser les vieilles gens nous parler de leur réalité sexuée librement ; repérer les modifications de la réalité sexuée au cours de la grande vieillesse et des pathologies neurodégénératives ; proposer un espace d'élaboration à cette question identitaire subjectivante.

Ce projet prenait d'autant plus d'importance que nous n'étions pas en accord sur la question du devenir du féminin et du masculin au fil du temps. Deux hypothèses divergentes nous animaient. La première concernait le fait que le grand âge entraînerait une déssexualisation de la personne dans son intimité et aux yeux des autres. La seconde concernait le maintien de l'identité sexuée au cours de la vieillesse, le féminin et le masculin étant établis pour la

---

<sup>53</sup> Art-Thérapeute, Grenoble.

<sup>54</sup> Psychologue clinicienne, Grenoble.

<sup>55</sup> Psychologue clinicienne, Grenoble.

vie, tant que des évènements fondamentalement désorganisateur, régression majeure, désordres neurologiques graves, n'imposent pas la mise en œuvre d'un processus de désobjectivation. Enfin la question du genre neutre se posait.

Nous avons alors pris le chemin de **l'observation clinique, sur notre terrain d'exercice, sans autre prétention que d'entendre et faire entendre ce que disent les vieux hommes de leur masculinité, ce que disent les vieilles femmes de leur féminité, sans autre prétention que d'essayer de comprendre ce qu'il en est du maintien ou non de l'identité sexuée dans le grand âge.** Et bien évidemment, nos réflexions sont à considérer dans leur modeste contexte, le féminin et le masculin en question dans ce qui va suivre sont ceux de sujets singuliers rencontrés dans des cadres particuliers que je vais rapidement vous décrire.

Avec Sandrine Micoud-Terraud art-thérapeute, nous avons pensé **deux dispositifs, pouvant permettre l'émergence et l'élaboration de la question du féminin et du masculin.**

**Un dispositif a été proposé à des hommes et à des femmes âgés, séparément, résidant en EHPAD, ne souffrant pas de troubles cognitifs invalidants.**

Il est peut être important de préciser ici au sujet de cet EHPAD : qu'il accueille depuis longtemps des hommes, actuellement 18 % ; qu'il a été dirigé pendant de nombreuses années par des hommes ; que l'équipe soignante est régulièrement composée d'hommes ; que la présence de couples (?) appartient au passé et au présent ; que de nombreux fils et conjoints sont très présents auprès de leur proche dépendant. Masculin, féminin, sont donc représentés à tous les niveaux.

**Pour ce premier dispositif,** nous avons proposé deux groupes de parole, l'un au féminin, l'autre au masculin, **groupe de parole donnant lieu à la création d'un collage représentant la réalité de chacun au féminin ou un masculin.** Contrairement au temps de la journée d'étude en janvier, nous pouvons vous présenter les travaux des femmes ET des hommes ! Malgré cela, les travaux ne sont pas nombreux, hommes et femmes mobilisés n'ont pas tous été assidus : problèmes de santé , évitement de l'échange qui plonge dans la nostalgie du féminin/masculin magnifique et rend la réalité actuelle, dépourvue de certains atouts, trop douloureuse. Nous pouvons vous présenter trois tableaux de femmes et trois tableaux d'hommes.

**En ce qui concerne le groupe des femmes**, la question du féminin dans la vieillesse est une question qui n'a pas suscité grand intérêt et qui a même parue saugrenue. Pour nous, il a été saugrenu que ces femmes considèrent notre intelligent questionnement un peu ridicule et sans objet ! Nous avons noté que **spontanément, lorsque la question du féminin est posée, ce sont les hommes qui sont évoqués et en particuliers les maris qui font se sentir femme. Puis vient l'existence des enfants mais c'est pour être mère, ce qui n'est pas pareil.** Enfin, elles nous ont dit que :

*Les hommes et les femmes sont égaux, le féminin et le masculin ça dépend comment la vie vous façonne ; un homme et une femme ont les mêmes désirs mais l'un est un homme, l'autre est une femme, c'est comme ça.*

Elle nous ont finalement rappelé que l'égalité n'est pas l'indifférenciation. Enfin, les femmes rencontrées sont d'accord pour dire que **la vieillesse, certes, fait perdre les atouts séduisants, séducteurs, mais que cela ne les empêchent pas de se sentir femmes, et ce même dépendante et en maison de retraite.**

**Puis chacune a évoqué ses petits plus personnels qui la fait être femme :** l'élégance, le parfum, les petits-enfants ; le fait d'être intrépide et de continuer, à 99 ans à regarder tous les après-midi du mois de juillet les étapes du Tour de France pour garder la flamme ; le fait d'être sociable ; la capacité de supporter bien des douleurs sans se plaindre ; et la possibilité, exploitée ou non, de mener les hommes par le bout du nez !

Persistant dans notre idée d'un changement au cœur du féminin dans la vieillesse, nous voulions engager une création concernant le passé sous le nom de « j'étais une femme » à compléter par une création concernant le présent sous le titre « je suis une femme ». Ces femmes nous ont amenées à changer de cap : « **je suis une femme** » a pris le devant de la scène. Persévérantes, nous avons alors proposé le « j'étais une femme » dans un second temps, ce qui a rencontré une butée, un vide de pensée non défensif, juste rien parce qu'il n'y avait rien à dire de suffisamment différent pour que cela fasse l'objet d'une nouvelle création.

La question de la sexualité, bien qu'abordée, n'a pas pu être parlée, résistances et autres manœuvres défensives l'ont empêché.

Nous pouvons donc penser que pour ces femmes, aujourd'hui, que « je suis une femme », que je naisse femme ou que je le devienne, reste une évidence et compose avec les modifications de l'image corporelle et de l'intérêt des autres à l'égard de la féminité de chacune, mais cela n'entraîne pas sa perte.

Mme V., 90 ans, veuve  
Mère de 6 enfants

Troubles cognitifs légers non invalidants  
dans le quotidien

« Je suis comme avant,

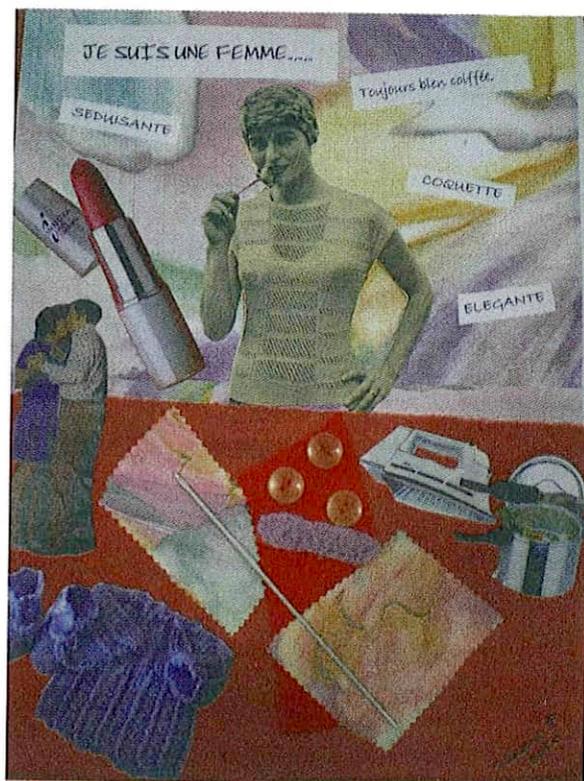
il n'y a pas de changement. »

« La femme est plus coquette que  
l'homme, elle aime plaire.

Vieille, elle a moins de coquetterie. »

« Ici, je n'ai pas d'homme qui m'ait  
fait la cour.

Si ça arrivait, je lui donnerai  
un coup de pied où je pense ! »

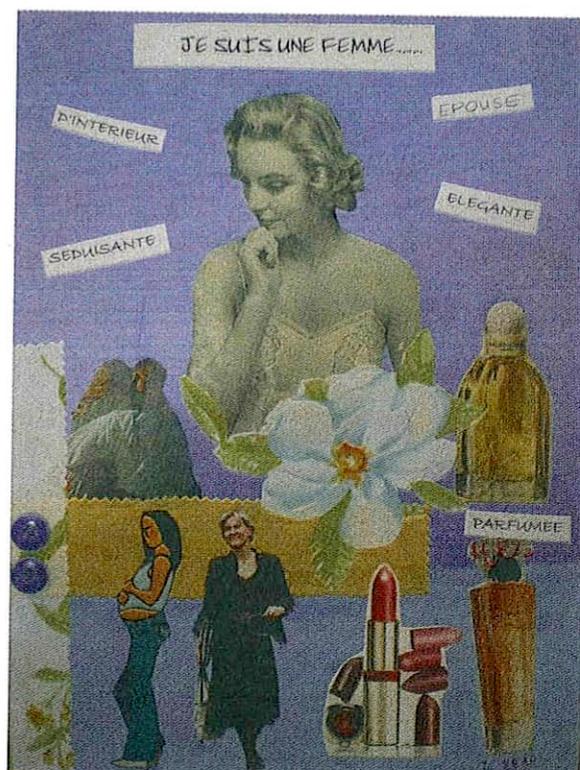


Me Z., 84 ans, veuve  
Mère de deux enfants

« Ce n'est pas qu'on a besoin  
d'un homme mais de la compagnie  
de notre mari. C'est pas l'histoire  
de coucher avec, on est vieille,  
mais sa compagnie pour être sa femme. »

« On est plus femme quand on est une mère.  
J'attends d'être arrière grand-mère,  
d'avoir un beau petit bébé. »

« Un homme est entré dans ma chambre,  
je ne sais pas pour quoi faire, j'ai crié. »



Mme B., 87 ans, en couple dans l'EHPAD,  
mère de 4 enfants

Troubles cognitifs légers non invalidants

*« Les hommes et les femmes,  
ce n'est pas pareil.*

*Les femmes sont plus sensibles,  
plus ouvertes, ont plus de goût. »*

*« C'est important d'être mère  
et de s'entraider entre femmes. »*

*« J'essaie de continuer,  
de vieillir comme j'ai été. »*

*« Je m'occupe de mon mari,  
l'équipe ne comprend pas toujours,  
mais je suis sa femme ! »*



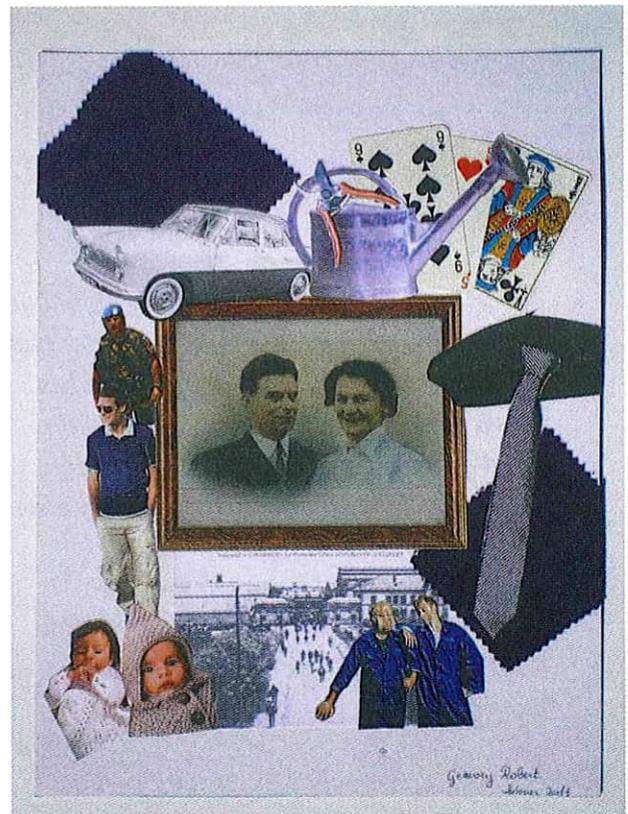
M. G., 90 ans  
veuf, deux enfants

*"Un homme est bricoleur,  
entretient la maison, fait le jardin."*

*"Être un homme, c'est faire des conquêtes,  
avant d'être marié, bien sûr."*

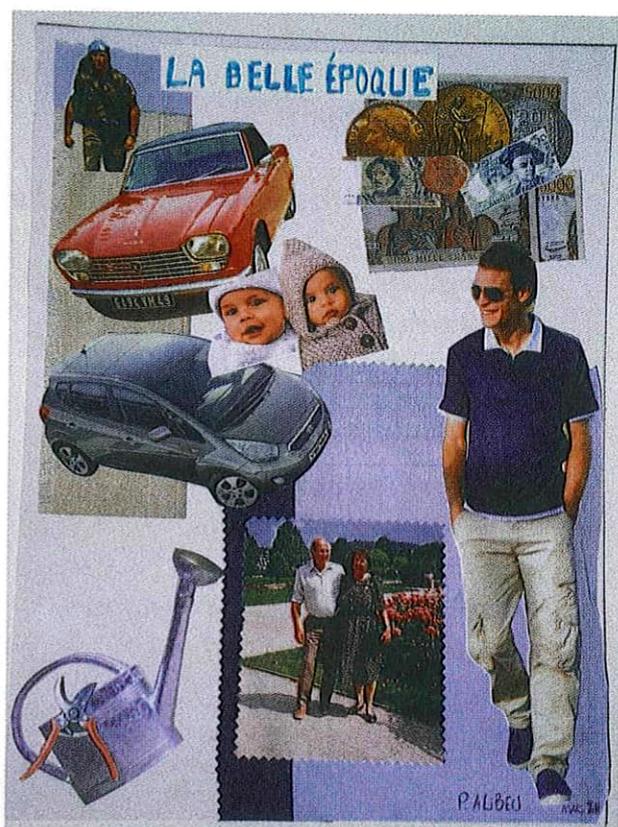
*"Un homme veille sur sa femme,  
ses enfants."*

*"Tout ça c'est le passé, ça a 50 ans,  
il y a longtemps qu'il est mort celui qui  
a fait tout ça."*



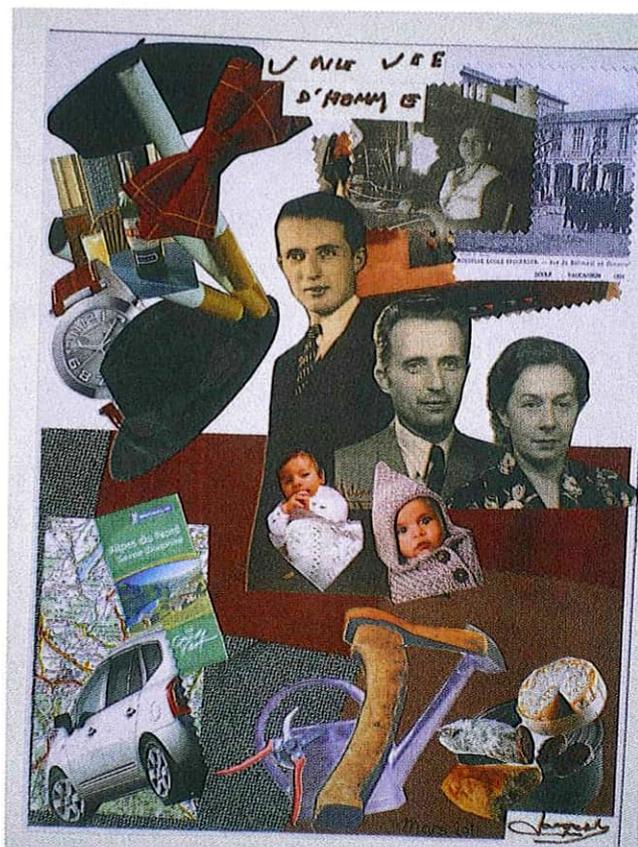
*M. A., 88 ans  
veuf, deux enfants*

*" J'ai travaillé, j'ai fait carrière,  
mais j'aime aussi les enfants,  
ma femme et l'allure de l'homme."  
"Je suis un homme,...  
c'était la bonne époque,  
maintenant, il n'y a plus rien,  
c'est nul tout ça, c'est fini."*



*M. J., 99 ans  
veuf, un enfant*

*« Un homme respecte et fait appliquer  
le règlement, est sérieux et autoritaire. »  
« Un homme, ça fait des conquêtes,  
ça va boire un coup avec les copains. »  
« A la toilette, il m'arrive d'avoir  
des réactions quand les dames m'aident,  
je suis gêné, mais je n'y peux rien,  
ce n'est pas fini ça pour moi. »  
« Je ne me sens pas un vieil homme  
sauf que je ne vois plus et que je n'ai  
plus de dents. »*



Pour les hommes, spontanément, lorsque la question du masculin est posée, c'est le travail qui est évoqué, que ce soit celui qui fait vivre le foyer ou celui qui améliore le confort de vie comme le bricolage ou le jardinage. Puis la question du couple se présente avec l'importance du rôle protecteur de l'épouse que doit développer un homme. Enfin ce qui renforce la masculinité, ce sont des attitudes comme « aller au café avec des copains », « fumer », « faire des conquêtes ». Le fait d'avoir des enfants arrive en dernier point, ce n'est pas ce qui fait se sentir masculin, mais, pour ces hommes, il a été plaisant et intéressant de s'occuper des enfants. Les hommes sont considérés, par eux-mêmes, comme plus sérieux et autoritaires et les femmes plus douces et fragiles.

Enfin, même s'ils se sentent rester des hommes, **les hommes rencontrés ont plus parlé de leur masculinité au passé** : « c'est le passé » ; « c'était la belle époque » ; « maintenant c'est fini » ; « on est des hommes, mais ça n'a rien à voir avec avant ».

C'est surtout la question de la baisse de performance, tant au travail qu'au niveau de la sexualité qui les engage à se sentir « moins » homme qu'avant. Il est à noter que le seul homme qui peut dire « sa vie d'homme » est celui qui vit encore des relations sexuelles régulières. Ces hommes n'ont pas pu appeler leur tableau « je suis un homme », comme l'ont fait les femmes, mais ils ont choisi, chacun, avec attention, un titre plus réaliste selon eux, ou une absence de titre...

**« Je suis un homme », que je naisse homme ou que je le devienne, semble s'interroger à nouveau au temps de la vieillesse, et subir la perte des indicateurs de masculinité (travail, capacités, sexualité...), sans que cela n'attaque l'identité.**

Pour le deuxième dispositif, un atelier d'arthérapie a été proposé à des hommes et des femmes moins à l'aise avec la parole, atelier de modelage à partir de l'argile, le féminin et le masculin pouvant s'exprimer dans la création d'un buste, illustré par des mots pouvant caractériser chacun dans le féminin, le masculin, le genre neutre. Là encore nous avons rencontré de l'intérêt, un besoin de se dire en tant qu'homme, en tant que femme, un plaisir à pouvoir se représenter avec soin.

Après deux séances de familiarisation avec l'argile, des séances de discussions sur le féminin et le masculin ont eu lieu, la première donnant lieu à la création d'une silhouette, la seconde proposant des échanges à partir de photos d'œuvres d'art (portraits et bustes). Ce

travail a donné lieu à un « inventaire » de qualificatifs concernant le féminin, le masculin, le genre neutre. Ces qualificatifs ont été proposés en dernière séance pour que chacun puisse choisir ce qui lui correspond pour venir illustrer son buste. Enfin la création du buste personnel a pu avoir lieu, accompagnée par S. Micoud-Terraud et T. Guais, aidant la pensée à se mobiliser, accueillant les envies, lançant le geste, juste un étayage, une fonction de moi-auxiliaire qui laisse toute sa place à l'autre et l'aide à se dire et à se mettre en forme.

**Le travail dans cet atelier a confirmé que l'identité sexuée est bien présente, évidente, même lorsque les personnes sont bien prises par des difficultés de vieillir et de s'exprimer.**

Le plaisir et l'intérêt d'affirmer sa féminité ou sa masculinité sont évidents et viennent peut-être nous dire que nous pouvons porter attention à cette réalité identitaire.

**Mme C.**

**84 ans, veuve, un enfant**

**Maladie d'Alzheimer (2006)**

**MMS : 14 / 30**

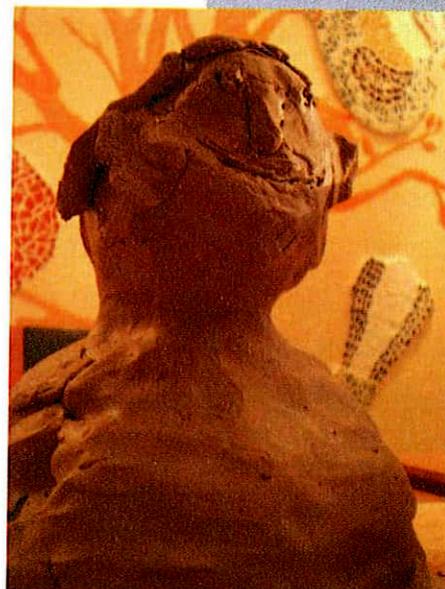
**A développé une amitié amoureuse avec M. A.**

**« Il faut avoir une bonne attitude. »**

**« Il faut un chemisier. »**

**« De la discrétion, de la gentillesse. »**

**« Je veux un beau sourire. »**



Mme C. veut que chaque partie de son buste représente au plus près sa réalité physique.  
Elle fait attention à ce que rien ne manque.

Les mots qu'elle a choisis pour se définir en tant que femme :  
parfumée, travailleuse, discrète,  
charmante, appliquée, à l'écoute,  
fragile, simple, réservée, élégante,  
altruiste, angoissée, inquiète, pull, chemisier.



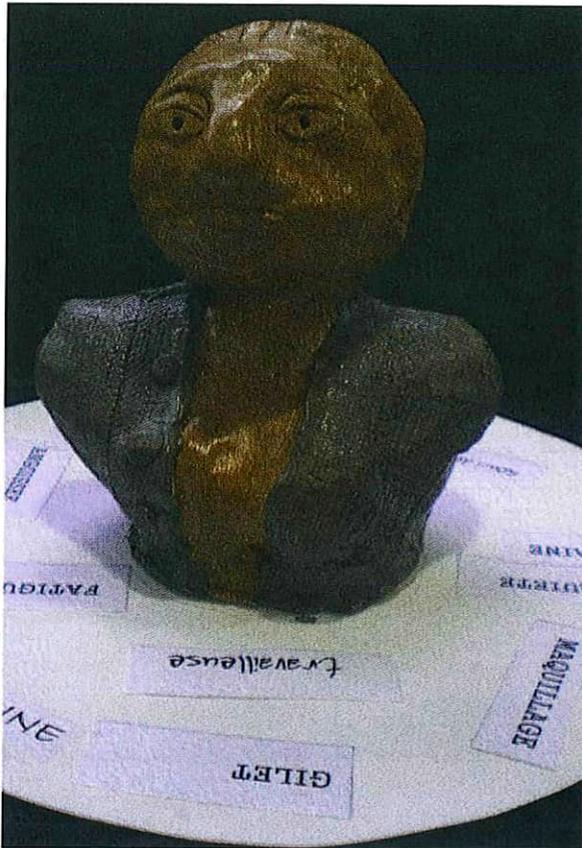
Mme CA

98 ans, veuve, deux enfants

Troubles cognitifs légers

La touche de féminité ne pas oublier : un foulard, foulard qu'elle a toujours porté

Bien fatiguée, elle a travaillé par intermittence.



Mme R.

82 ans, veuve, 4 enfants

Maladie d'Alzheimer (2006)

MMS : 10 / 30

Ce n'est pas juste en vieillissant on devient moche. Eux, les hommes, sont de plus en plus beau !

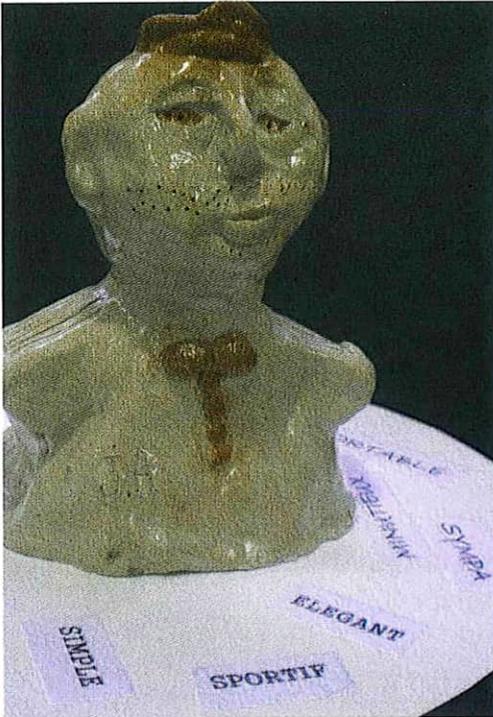
Les yeux, le regard, c'est vrai, c'est important.

Mme R tient à son regard, seule partie de son visage qu'elle ne dénigre pas.

La réalisation de son buste l'amène à beaucoup parler de :

« sa poitrine très forte » ; « ses cheveux trop fins » ; « son nez un peu fort. »

Elle choisit les mots suivants pour se définir en tant que femme : travailleuse ; souriante ; taquine ; généreuse ; angoissée ; endolorie ; maquillage ; gilet ; fatiguée...



M. A., 59 ans, divorcé, 2 enfants

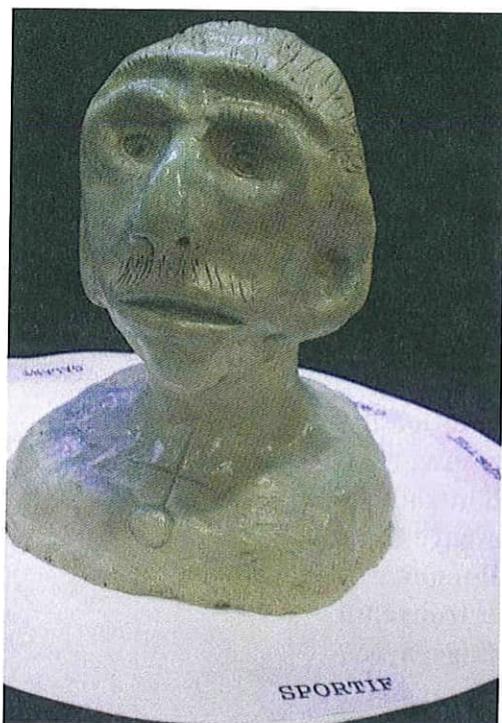
Maladie d'Alzheimer (2007)

MMS : 11 / 30

Grand séducteur et galant avec les femmes, M. A les chatouille, et de dire récemment : *Tu as cru que tu avais des putes, euh des puces !*

Lors de la présentation de sa silhouette, tête creuse, trou au bas du ventre, il introduit son majeur dans l'espace trou du bas du ventre. Il montre sa silhouette, ayant trouvé un ersatz de pénis érigé, avec jubilation.





**M. E. a pris soin de représenter ses cheveux, une barbe naissante, une chaîne portant une croix rappelant celle qu'il porte.**

**Il choisit les mots suivants pour se définir en tant qu'homme : sportif ; galant ; élégant ; discret ; jean ; casquette ; croix catholique.**

**À propos de son buste, M.A. lui dit : *Tu t'es fait en De Gaulle !***

Juste un commentaire à propos des silhouettes des hommes, asexuées : Bouddha pour M. E ; tête creuse, sexe amputé pour M. A, réparé par l'intervention externe de son doigt ; silhouette venant dire la perte de la puissance phallique et glorieuse, masculin sexuel, panache du masculin absent qui ne semble pas, au regard des bustes de chacun de ces deux hommes, attaquer le masculin constitutif de l'identité de ces hommes. **Le plaisir et l'intérêt de l'affirmer, observés chez chaque personne rencontrée, viennent probablement nous alerter sur la crainte éprouvée par chacune qu'elle ne soit plus perceptible, qu'elle se perde, ou qu'elle passe au second plan de la subjectivité du fait de la violence et de la prégnance de la pathologie neuro-dégénérative, tant à l'intérieur de ces hommes et de ces femmes, qu'à l'extérieur dans la pensée et le regard de leurs interlocuteurs et partenaires affectifs.**

Enfin, dans chacun des dispositifs, **nous avons tenter de penser le genre neutre**, qui consisterait au fait de se sentir quelqu'un plus que de se sentir homme ou femme.... Nous n'avons trouvé aucun écho, juste du doute, nous concernant !

Après cet exposé, laissant entendre, nous l'espérons, ces vieux qui nous intriguent, Michèle Myslinski va nous apporter son éclairage théorique.

L'ensemble des données recueillies par Sandrine Micoud-Terraud et Mireille Trouilloud nous montre donc, de nouveau, s'il en est encore besoin, **la valeur structurante de l'Œdipe** : l'identité sexuelle, masculine et féminine, est bel et bien **inscrite** psychiquement jusqu'au terme de l'existence, malgré et avec le passage des décennies de vie. Oui, la somme des changements intervenus au fil de l'âge, corporels, familiaux, sociaux, expose, certes, l'individu humain au surgissement, ou plutôt à la réactivation, d'angoisses plus ou moins archaïques, d'abandon, de séparation, de castration, de mort, d'effondrement, de vidage ; celles-ci appellent des défenses adaptatives et des réajustements représentationnels et relationnels en constant remaniement ; et ce tout au long des événements intercurrents et, pour certains, traumatiques, traversés, ou même « encaissés » par le sujet ; les observations rassemblées par Mireille Trouilloud et Sandrine Micoud-Terraud montrent que ce travail psychique nécessaire, vital, **s'opère**, oui, encore et toujours, effectivement, chez ces hommes et ces femmes, tous et toutes bien âgés et bien malmenés dans les étapes tardives de leur vie. Cette permanence de l'identité sexuelle se révèle si solide même que la question de sa réalité **ne se pose pas**, en fait, pour ces personnes : à leurs yeux, cette question n'a pas de sens, comme l'a déjà souligné Mireille Trouilloud.

Certes, les processus d'adaptation aux réalités certaines de l'âge avancé, réalités corporelles, affectives, sociales, s'accompagnent de modalités régressives plus ou moins profondes, tout à fait repérables cliniquement chez les sujets rencontrés dans les deux groupes thérapeutiques ici évoqués. Oui, nos questionnements de départ, concernant un possible impact de ces processus régressifs sur la permanence de l'identité sexuelle dans le grand âge, étaient licites ; mais la réponse obtenue par le biais de cette clinique est tout à fait claire : **la régression vient buter sur le socle même de l'identité sexuée du sujet**, dont nous avons tout lieu de penser selon les étapes les plus classiques de la psychogenèse, qu'elle fut stabilisée voire verrouillée, lors de la traversée du passage œdipien, ou /et, au plus tard, à l'issue de l'adolescence. Nous constatons, au travers des données recueillies que, **même certaines personnes, touchées par une pathologie cognitive et psychique, lourde, revendiquent encore la part sexuelle de leur identité propre, se reconnaissent et s'affirment, homme ou femme sans ambiguïté, malgré leurs déficits en moyens verbaux et praxiques d'expression de leurs représentations d'eux-mêmes**. Ces résultats nous incitent, alors, à poser l'hypothèse que la perte, partielle ou constante, des repères identitaires sexués ne peut être supposée réelle qu'aux confins extrêmes des pathologies démentiennes, lorsque la représentation de soi du sujet se dépouille de ses signes les plus élaborés d'appartenance à l'espèce humaine, lorsqu'advient la confusion entre le vivant et l'inanimé, entre l'humain et le non-humain, lorsque fait retour l'indifférenciation archaïque entre soi et non-soi : en bref, lorsque la régression repousse la vie psychique vers les strates les plus originaires de son fonctionnement. Il nous semble que

oui, c'est seulement dans ces cas-là que l'hypothèse pourrait être posée (et encore !!, elle reste, à mon sens, cliniquement parlant, difficilement démontrable) de la possibilité, pour certains êtres humains en mal d'Œdipe, de se voir, au fil de l'âge, de manière régrédiente, dépouillés, de l'intérieur, des caractères ayant constitué, dès leur jeune âge, le socle, la base, de la structuration de leur personnalité. Et, bien entendu, nous ne sous-estimons pas ni la réalité ni l'impact des atteintes organiques cérébrales, l'existence des lésions extensives et mortelles que le cerveau, organe de la pensée, présente chez ces sujets. Nous sommes alors renvoyés vers les questions fondamentales portant sur les problématiques démentielles ; elles sont explorées dans les travaux de C. Balier, dès 1982, H. Bianchi, G. Le Gouès, M. Grosclaude, et de bien d'autres praticiens que je ne peux tous citer ici : les Actes des Journées de l'ARAGP, les évoquent largement. Nous ne développerons pas, bien entendu, maintenant, ces travaux.

Mais, selon ce que nous venons de dégager de la clinique déployée par Mireille Trouilloud et Sandrine Micoud-Terraud, pourquoi, alors, entend-t-on parler en milieu gérontologique, de « déssexualisation » du sujet âgé ? Pourquoi nous figurons nous qu'avec l'âge, le grand âge, la vie en collectivité, lui ou elle renoncerait à, ou se révélerait dépourvu(e), de son identité sexuelle, ce contre quoi la clinique s'inscrit donc en faux ? Les voies de réponse à ces questions apparaissent déjà, dès leur formulation, assez évidentes : en effet, c'est bien **nous** qui, comme l'a déjà évoqué Sébastien Richer, qui nous représentons ces vieux hommes et ces vieilles femmes, ainsi : déssexualisés ; c'est bien nous, professionnels divers et variés, qui nous construisons, individuellement et collectivement, d'eux et d'elles, des représentations erronées. Nous pouvons penser, nous ne pouvons que penser, alors, qu'il s'agit là, de notre part, d'une manœuvre défensive contre l'angoisse, la nôtre, les angoisses, qu'ils et elles font surgir en nous par la réalité troublante de leur humanité vivante, semblable à la nôtre, malgré les atteintes multiples de l'âge ; angoisses activées, plus particulièrement par la réalité de leur sexualité : dans bien des cas silencieuse, quant à son plein exercice, mais à laquelle ni elles ni eux ne renoncent en termes de représentation d'elles-mêmes, et d'eux-mêmes ; ni à leurs propres yeux, ni l'espèrent-ils et elles, aux yeux d'autrui, à nos yeux, ce que les données cliniques évoquées depuis ce matin, démontrent.

L'angoisse, chez nous, soignants, s'origine, et cela normalement, dans le constat que nous partageons avec eux et elles de l'identité humaine, dans sa composante d'identité sexuelle, mais également dans d'autres aspects humains, en particulier les risques liés au vieillissement et la certitude de notre mortalité : ce constat, éminemment et normalement anxiogène, ne peut donc s'articuler défensivement qu'au déni, ou à la dénégation, au moins, selon le cas, de notre part, de tout ou partie de leur identité, et, entre autre, de leur identité sexuelle. Là encore, nous rejoignons, sur ce plan, bien des données largement évoquées, depuis plusieurs décennies dans la littérature gérontopsychologique, à laquelle nous vous

renvoyons. Nous nous contenterons de souligner ici que les praticiens attachés aux référentiels psychanalytiques nous proposent d'envisager le fait que **la problématique œdipienne est également et classiquement réactivée chez les professionnels exerçant auprès de personnes âgées** ; prendre soin de personnes âgées, notamment dépendantes (et de nos jours, c'est toujours le cas) nous confronte à la réactivation de nos propres motions œdipiennes refoulées, du fait de la parenté qu'inconsciemment nous établissons entre les images parentales que nous avons internalisées et les vieilles personnes que nous côtoyons, toujours distantes de nous sur le plan générationnel : l'interdit de l'inceste (et sa tentation), celui de la participation à la scène primitive, le tabou de la sexualité parentale, le déni de sa réalité (de laquelle nous sommes exclus depuis l'élaboration du complexe d'Œdipe) sont ici, dans le cadre du « prendre soin », sollicités de manière significative ; l'excitation est issue du conflit interne ainsi réanimé ; notre angoisse de castration flambe de nouveau ; et ce d'autant plus que les soins portés aux corps des vieilles personnes démontrent à l'envie que la castration s'inscrit réellement dans ces corps ; nos angoisses de séparation et de perte reviennent en scène, devant les tableaux d'isolement et de deuils réitérés qu'offrent les contingents des sujets soignés ; la confrontation soignants-soignés requiert donc la relance des mécanismes primaires défensifs de déni et de dénégation de cette réalité humaine telle qu'elle se donne à voir, à nos yeux, dans l'hiver de leur vie. Le déni, alors, porte significativement sur la qualité d'êtres sexués de ces « équivalents parentaux » que sont ces vieux hommes et ces vieilles femmes que nous avons pour mission de maintenir en vie. Cette réactivation en nous, soignants, de la problématique œdipienne, traumatique et défensive à la fois, mais aussi, toujours potentiellement ré-élaborative, exige de notre part le travail psychique d'élaboration du refoulé faisant retour sous l'impact de leur réalité exposée sous nos yeux. Aussi, et je cite ici H. Bianchi, dans sa réflexion datant de 1983, *« c'est suivant la manière dont cette situation a déjà été abordée et suivant l'aptitude du Moi à la réélaborer que va se mettre en place un certain type de vieillir »*, dit-il, à propos des vieilles personnes. Nous pouvons transposer son propos aux soignants que nous sommes, et penser que, **pour nous aussi, soignants, c'est suivant la manière dont cette situation œdipienne, a déjà été abordée et suivant l'aptitude du Moi à la réélaborer que va se mettre en place un certain type de... soigner, et d'ailleurs, aussi, pour nous, de vieillir.**

Alors, il nous faut absolument souligner ici le fait que l'appel aux ressources internes élaboratives propres du soignant n'est pas à lui seul responsable de la qualité du refoulement des fantasmes œdipiens ressurgissant au cours de nos pratiques professionnelles, et, plus précisément, du fantasme de « déssexualisation » ou d'a-sexualisation des femmes et des hommes âgés que nous côtoyons chaque jour . D'une part, il est certain que l'institution soignante dont nous sommes membres, et les représentants

hiérarchiques de celle-ci, médecins, cadres de santé, etc., induisent, plus ou moins inconsciemment, et provoquent des ruptures, artificielles mais bien réelles, de cette activité fantasmatique, flamboyante bien que déplacée, obsolète ; ruptures provoquées du fait de l'exercice légitime de leur pouvoir, médical, médico-social.

D'autre part, cette intervention, dans le symbolique, de la Loi, dont tient lieu l'institution, et la socialisation de la relation de soin par le biais de la régulation institutionnelle, sont garantes du refoulement de nos fantasmes œdipiens résurgents, et partant, sont garantes de la prévention du risque que, banalement, nous encourons, tous et toutes de dé-féminiser, dé-masculiniser, **neutraliser** celles et ceux dont nous devons pourtant étayer la vie, pleine et entière, jusqu'au bout.

Outre les références évoquées par Sébastien Richer ce matin, je vous renvoie là, aussi, aux travaux de 1983 de F. Jandrot-Louka.

Enfin , à cette intervention, dans le symbolique, de la loi, par le biais de l'institution s'ajoute la nécessaire et réelle socialisation de la relation de soin par le biais de la régulation institutionnelle et, donc des **moyens** que la structure met au service des équipes pour l'opérer : démarche de projet, information, travail en équipe pluridisciplinaire, formation, analyse de la pratique, groupe de parole, supervision des équipes, sont les outils précieux qui nous autorisent, nous professionnels, à nous dégager de la fantasmatisation œdipienne réactualisée inévitablement dans notre contexte gérontologique et géronto-psychiatrique de travail. C'est bien grâce à ces moyens, existants dans l'EHPAD dans lequel exercent Mireille Trouilloud et Sandrine Micoud-Terraud, que celles-ci ont pu obtenir les résultats qu'elles viennent de vous présenter, et que l'on peut résumer dans le **constat de la permanence de l'identité sexuelle, féminine ou masculine, chez les vieilles personnes** dont prennent soin les équipes dont elles sont membres : ce qui revient à dire, en conclusion, qu'à tout âge, grand âge inclus, on ne peut perdre que ce que l'on a acquis, identité sexuelle comprise.

**« FAUT-IL DESSINER UN HOMME ? UNE FEMME ?  
VRAIMENT JE NE SAIS PLUS...**

**Denise LIOTARD<sup>56</sup>**

Lorsque Jean-Marc Talpin m'a sollicitée pour intervenir dans cette journée, spontanément le souvenir des dessins de personnages de patients âgés hospitalisés se sont imposés dans ma pensée, avec l'envie de les regarder à nouveau avec vous, cette fois sous l'angle du féminin et/ou du masculin... Et, avec ce support, m'aventurer sur la question du corps dans le vieillissement. Comment il se déstructure, se désinvestit, s'appauvrit ou s'enrichit de son identité sexuée en lien avec la pathologie, l'hospitalisation, une possibilité de relation thérapeutique et quelles en sont ses représentations.

Si je vous parle d'une clinique que je n'ai plus, celle d'une jeune psychomotricienne que j'étais dans un hôpital gériatrique lyonnais, celle-ci, après m'avoir passionnée pendant plusieurs dizaines d'années, a constitué le fond de mon identité professionnelle où, pensées et éprouvés ont partie liées.

À la médiation corporelle, pour venir en aide aux patients qui m'étaient confiés, j'ai très vite ajouté celle de la trace graphique. L'introduction première et fortuite du dessin de la figure humaine face à un patient aphasique, m'avait laissé entrevoir la richesse de cette médiation pouvant me renseigner tant sur le schéma corporel que sur l'image du corps. Le dessin apportait également une preuve tangible de ce qui se passait de si mystérieux dans cette approche thérapeutique méconnue à l'époque, car ainsi que le disait en 1984 Charlotte Herffray à cette tribune, « l'expérience que tout un chacun a de son propre corps échappe à la parole

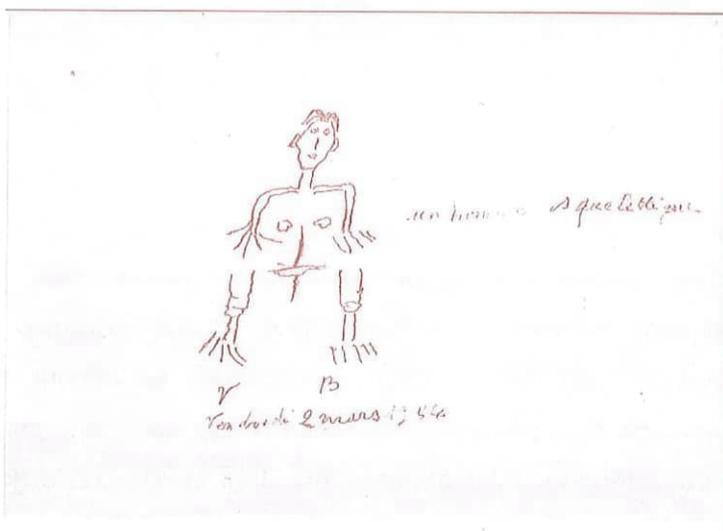
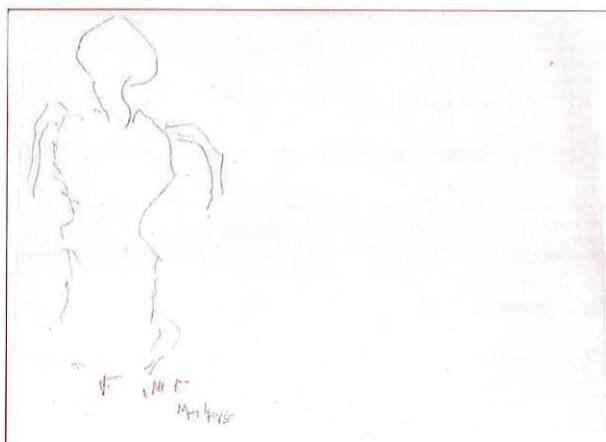
---

<sup>56</sup> Psychologue et psychomotricienne, Alès.

dans la plupart des cas. Elle est tributaire de nos sens et non plus de notre intelligence. Et nos sens nous illusionnent, mais nous ne le savons pas... »

Dans ma pratique, ma demande de dessin, d'un personnage féminin ou masculin, devint donc systématique en fin d'entretien-bilan avant d'augurer tout suivi ; puis découvrant que la trace graphique évoluait avec les patients, avait en quelque sorte un dynamisme, je l'intégrais pour fixer les phases d'évolution, de construction ou de régression, jusqu'au dernier point d'orgue qui annonçait la fin d'un travail thérapeutique avec une reprise d'autonomie. C'est ainsi que le dessin a trouvé sa place entre l'adulte âgé et moi-même, remplissant différentes fonctions, captant nos intérêts.

Découvrez à votre tour quelques-uns de ces premiers dessins.



Vous venez d'observer :

- \* une place jamais centrale, avec une préférence pour une localisation du dessin à gauche de la feuille,
- \* une taille réduite,
- \* une asymétrie,
- \* un aspect troué, morcelé, incomplet, dissocié, chaotique.
- \* un manque d'expression du visage avec, soit une absence totale des organes des sens, soit une présence incomplète et rudimentaire, les yeux étant souvent vides ou représentés par des points.
- \* l'absence de vêtements ou une utilisation en transparence de ces derniers.
- \* l'absence de la couleur,
- \* une absence totale de différenciation sexuelle.

Cette description rejoint celles des rares auteurs qui s'étaient intéressés au dessin chez le sujet âgé à l'époque de ma recherche il y a plus de vingt ans.

Comme je vous l'ai dit, la demande de ce dessin survenait à la fin d'un long entretien-bilan où je veillais à ma qualité de présence, que je souhaitais à la fois chaleureuse, sécurisante, vivante. Je les incitais à me raconter leur histoire de vie, depuis leur enfance jusqu'à l'hospitalisation et, pour déjouer fatigue, asthénie, désinvestissement, ralentissement, j'usais de nombreuses sollicitations pour les ranimer. Alors, curieusement, dans ce temps d'écoute active, je retrouvais la place de petite fille à qui étaient confiées des leçons de vie, des confidences mais aussi des pensées pour l'avenir... Le plaisir partagé qui en résultait, ne m'empêchait pas de rester attentive à tous les signes donnés par leur corps pour parfaire mon observation psychomotrice qui se terminait avec la trace graphique. Véritable temps de mises en tension de l'âgé(e), qui choisissait ses souvenirs, mais souvent s'étonnait de se sentir emporté(e) par les émotions et ses forces vives ; temps déjà de valorisation ; temps de mise en confiance qui permettait que survienne ma consigne du dessin plutôt neutre avec le terme de personnage employé, même si, à la suite je précisais masculin ou féminin.

Face à cette demande, après les réactions de surprise, voire d'incompréhension, de confusion, venait rarement la méfiance, mais l'inhibition, avec la peur de ne pas y arriver, de n'avoir pas appris à dessiner, de n'avoir pas été à l'école... Tenace, sans jamais avoir eu de refus total, je réitérais ma demande, réassurais, encourageais.

Alors seulement la personne, bien que ne sachant plus comment s'y prendre, sans idée, s'engageait avec un tracé malhabile, tremblé, peu assuré, discontinu, pour s'absorber dans la

réalisation de son personnage.

Elle se regardait, elle me regardait et se demandait comment un corps était fait... « Dois-je dessiner un corps entier ? Un corps d'homme ou de femme ? Un visage ? » Comme l'écrit Ada Abraham « dans le dessin comme dans la conduite humaine en général « savoir » et « faire » ne se recouvrent pas. Il existe un hiatus entre savoir et utiliser son savoir ou se réaliser à travers lui. On ne dessine pas ce que l'on voit ou sait, mais ce qu'il est important pour soi positivement et négativement d'exprimer, ce qui vient spontanément au terme d'un processus à la fois conscient et inconscient... En un certain sens, la personne dessinée n'est autre que le dessinateur lui-même. Elle ne peut rien être au-delà.»

Les commentaires, au cours de cette activité graphique ou qui la suivaient, étaient teintés d'auto-dépréciation, d'auto-dévalorisation : « Il est pas beau. Il est tout tordu. Il n'aura pas de tête et il n'y perdra rien, sans doute. Il n'a pas de jambes, il n'est pas comme moi... si, en fait, il est comme moi... Dites, vous n'allez pas le montrer à mes enfants ? ».

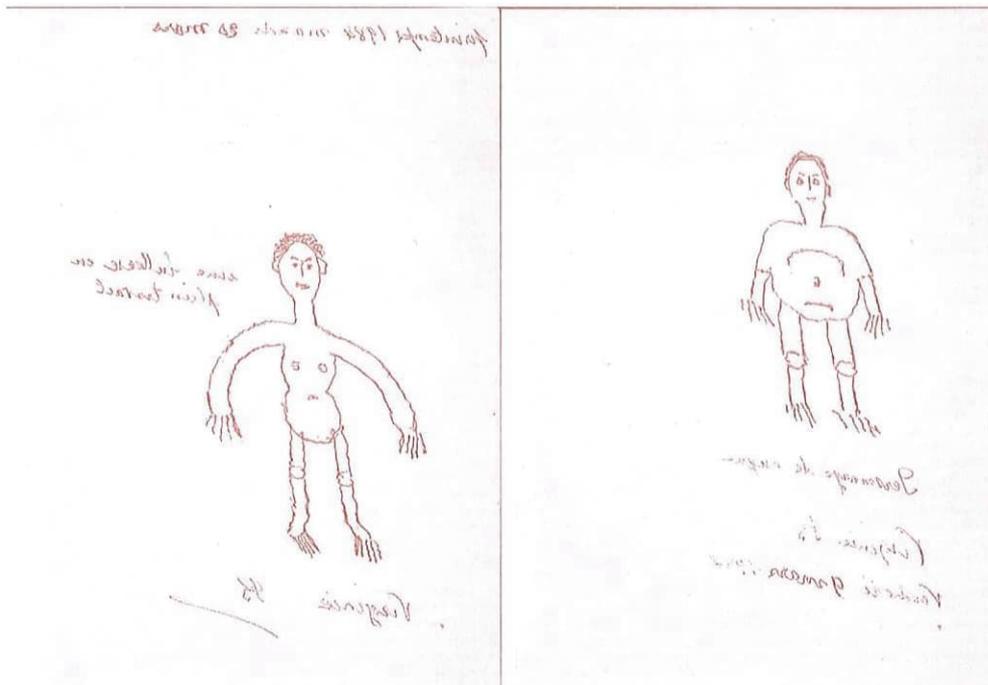
Au cours de cette première rencontre, marquée par les pertes successives, allant de la perte momentanée ou définitive du domicile, aux pertes multiples touchant l'intégrité physique et/ou psychique, perte de l'équilibre, du contrôle des sphincters, des repères, de la mémoire, survenaient aussi l'évocation de pertes affectives. En cela, le dessin tout en offrant une possibilité pour le patient de se distancier du réel pour atteindre le symbolique et l'imaginaire, mobilisait leur psychisme, était un catalyseur de mots. Dans ce moment douloureux de prises de conscience, ce qui m'était donné à voir, à entendre, à comprendre, était une perte de l'élan vital, une perte d'identité, un sentiment de mésestime, un effondrement, une désespérance.

En effet, hospitalisée déjà depuis quelques jours, quelques semaines, voire quelques mois, cette personne devenue patient(e), avec un corps désormais objet de soins, où la pathologie avait pris le pas sur la femme, l'homme, qu'elle ou il était juste auparavant, n'en était pas moins confronté(e) à la prise de conscience brutale de son vieillissement, en même temps que des angoisses innommables l'envahissaient, angoisse de mort et/ou de castration... Alors dans ce temps de l'effraction traumatique où « le Moi semble établir une zone d'indifférence, de désintérêt, autour de son noyau vivant », dans cette période de dépendance, parfois vitale à l'autre, laisser entrevoir des certitudes au patient, me semblait primordial. L'entretien-bilan, riche d'un premier dessin, avec des troubles mais aussi des possibilités, se terminait avec le souhait que je leur exprimais de m'engager avec eux dans une aventure, ce à quoi ils s'agrippaient.

Le rythme quotidien de nos rencontres favorisait l'apprivoisement des corps vieillissants, malades, handicapés, mais surtout déshabités des patients. Rencontre de l'ordre de l'intime où j'impliquais

mon corps de femme allant jusqu'aux réels corps à corps lors de moments de grande régression, ou que je prêtais comme contenant, soutien, miroir, support, pour faire face à leurs défaillances. Un corps à corps symbolique et asymétrique où les qualités du regard, de la voix, du toucher, mais aussi les gestes et les mouvements, l'activité musculaire, le tonus, la respiration, les paroles souvent métaphoriques, les odeurs, les couleurs, la tenue vestimentaire, le maquillage, induisaient une influence, provoquaient une relation transférentielle et contre-transférentielle particulière, dans la mesure où ce qui se passe dans le corps, se passe dans une relation implicite à l'autre. Mon intérêt pour le corps propre des patients, la mobilisation de leur corps réel, tout comme les échanges ludiques, leur permettaient de « construire ce qui dans le narcissisme est positif ; c'est-à-dire l'aller et le retour de la libido du Moi vers l'autre et de l'autre vers le Moi » (M-L Roux).

Penchons-nous maintenant vers les dessins intermédiaires qui capturaient l'intuition d'un changement.





Tandis que les phases de régression s'objectivaient par un appauvrissement, une dissociation, une dysharmonie, avec une impression de malaise et de déséquilibre de plus en plus marqués, ceux des phases de progression échappaient déjà en partie aux descriptions que j'avais alors

trouvées : «Les dessins des vieillards sont incomplets, plats, bizarres, manquent d'intégration, de proportion et de différenciation sexuelle. Ils révèlent une insuffisance de coordination (Lorge, Tuckman, Dunn, 1954).

« En général les dessins des vieillards couvrent une surface moindre et ont une hauteur moindre. Ils sont moins bien centrés sur la page que ceux des enfants normaux de dix ans. Les plus grandes dimensions et le meilleur centrage des enfants de cet âge correspondent à ce que ces derniers se trouvent dans une période d'expansion de la personnalité et d'affirmation euphorique de soi et cela contraste avec l'involution des vieillards ». (Lakin, 1956)

Or, vous venez d'observer les possibilités :

- \*d'un changement dans l'utilisation de l'espace de la feuille, avec une recherche pour centrer le dessin,
- \*d'une taille augmentée,
- \*d'un début de symétrie, de proportion,
- \*d'une représentation plus complète avec des parties plus reliées, avec le soulignement et insistance au niveau des pieds ou des chaussures installés sur une ligne plus horizontale, comme un polygone de sustentation plus adapté, lors de la récupération de l'équilibre tant statique que dynamique,
- \* de l'apparition des organes des sens avec une recherche de l'expression,
- \* de l'apparition du mouvement, d'un dynamisme,
- \* de l'apparition du nombril,
- \*de l'apparition des vêtements utilisés le plus souvent encore en transparence,
- \*de l'apparition de la couleur, bleue en premier puis majoritairement rouge, vermillon ou carmin, avec souvent des passages de l'une à l'autre, entraînant l'apparition de la différenciation sexuelle.

« J'aime le rouge, j'étais très blonde avec des cheveux bouclés et des rubans rouges que ma mère me mettait. À l'école on m'appelait «ruban rouge ». Avant, je me fardais, le rouge me fardait un peu, maintenant je ne le fais plus, je n'en ai plus envie.... ou... il faudrait que je recommence petit à petit ».

Au sein de la relation, ces signes et traces étaient utilisés pour tout ce qu'ils nous donnaient à voir et pour les espaces créés où les paroles pouvaient se dire, être entendues, circuler, véritables mises en mouvement de pensées secrètes ou formulées... « Les mots tiennent au corps et le corps tient aux mots, c'est cette épissure qui rend possible que la thérapie psychomotrice soit une psychothérapie » disait J. Bergès.

Quant au dernier dessin, où le temps de la réalisation s'allongeait considérablement en regard des autres dessins, il se passait quelque chose de difficilement descriptible chez le sujet âgé, ... « Cette fois, j'ai des idées ! ». Renforcé dans son identité, restauré narcissiquement, au fur et à mesure que le personnage prenait forme, presque vie, sous ses doigts, avec une feuille qu'il ou elle avait pris soin de verticaliser, il me semblait qu'il ou elle découvrait, ressentait, force, assurance, harmonie, sensualité, beauté... Autre expérience du miroir ? Celle, celui, qui m'avait été confié(e) avait redéployé son charme, s'était réconcilié avec son corps et s'appropriait son histoire avec un désir de la poursuivre dans un ailleurs. Passé, présent, futur étaient à nouveau reliés. De l'agrippement, nous étions passés à l'attachement, se profilaient la perspective du temps nécessaire à la séparation.





Comme vous le voyez, globalement la feuille est largement utilisée, par le dessin lui-même dont la taille est agrandie, mais aussi pour inscrire date, nom, prénom.

Notez l'apparition spontanée d'autres dessins, chien, maison, fleurs, cadeau, chemin, arbre, pipe, bijoux ou d'un autre personnage...

La qualité du tracé a changé avec un trait plus continu, fermé, régulier, assuré, certains procèdent par petites touches légères, estompées, ou appuient davantage.

La représentation est désormais complète, différenciée. Les différentes parties sont reliées, articulées, affinées. Ensemble elles confèrent au dessin son unité et son unicité. La présence du mouvement ou la recherche de la posture personnalise chaque représentation.

Il existe une meilleure proportion et une symétrie des hémicorps, hormis pour les personnes ayant eu des AVC. Pour elles, persiste la projection de l'hémicorps atteint. Les personnes ayant souffert de troubles de latéralité, de schéma corporel, d'orientation spatiale, font apparaître après la tête et le cou, la notion de l'axe du corps matérialisée par une série de petits boutons.

La notion de volume apparaît et se dégage avec l'importance donnée aux ceintures, aux courbures, soulignant la cambrure des reins, la taille, le bassin, les seins.

Les organes des sens sont présents et la personne cherche à rendre son dessin plus vivant, il apparaît également rajeuni.

La couleur est encore plus fréquente et les dessins sont tous sexués, majoritairement en correspondance avec l'identité sexuelle des personnes.

Néanmoins quelques femmes ont dessiné dans leurs premiers dessins et les intermédiaires, un homme, pour accéder à celui d'une femme lors du dernier. À l'inverse, deux ou trois dans leurs

derniers dessins ont représenté un homme alors qu'elles avaient auparavant dessiné des femmes. Dans ces inversions, plus que de conflits d'identification sexuelle, il me semble s'agir davantage d'affirmation et d'émancipation ; toutes citadines, plutôt indépendantes ces femmes avaient valorisé une vie sociale et professionnelle. Il me paraît donc pertinent de rapprocher cette caractéristique, des études sur le dessin qui mentionnent cette inversion pour les dessins d'étudiantes.

Quant aux dessins des hommes, en proportion moins nombreux, leurs dessins asexués devenaient toujours des personnages masculins. Mais qu'elle ne fut pas ma surprise, de voir apparaître dans un premier dessin des boucles d'oreilles... Avais-je bien vu ? Maladresse du tracé ? Je ne pus en douter lorsque ce ne fut pas seulement un, mais deux hommes qui se dessinèrent avec cet ornement.

Possible représentation de l'androgynie ? « Au temps jadis, notre nature n'était pas la même qu'aujourd'hui mais elle était d'un genre différent. Oui, et premièrement, il y avait trois catégories d'êtres humains et non pas deux comme maintenant, à savoir le mâle et la femelle. Mais il en existait encore une troisième qui participait des deux autres.... », écrivait Platon.

Je pense plus exact de dire que ce dernier dessin sexué, marqué du sceau d'une relation à la fois thérapeutique et humaine, riche d'une séduction réciproque, favorisée dès le premier entretien, permettait la projection de traces transférentielles et d'inévitables influences, car nous savons bien que ce qui nous touche, nous transforme.

Si dans les premiers temps de nos rencontres, je devais, pour répondre à leurs besoins, développer une disponibilité toute maternelle, les devinant, plongeant, là, où, ils, elles se trouvaient, m'adaptant à leurs postures, me trouvant dans une grande proximité ; au fur et à mesure de leurs acquisitions, je réintroduisais la notion de distance et me dégageais progressivement de mes fonctions maternelles. J'habitais mon identité de femme sur un autre versant et les invitais à venir m'y retrouver, les soutenais dans la réappropriation possible de leur propre féminin ou masculin. C'est ainsi, me semble-t-il, qu'ils ou elles retrouvaient le goût de déployer à nouveau leurs qualités propres de séduction, éprouvaient leur différence sexuelle et affirmaient à leur tour leur position de femme et d'homme. Ceci, sans que cela n'éveille de crainte, car ce grand écart générationnel qui nous séparait, tout comme ma façon d'être à leur égard, les protégeaient « d'un sentiment oedipien inversé ». « C'est un des charmes original de cette séduction où les deux protagonistes savent qu'ils sont dans un domaine de rêve, de l'irréalisable », écrivaient Lemaire-Schmitt-Moron. La découverte de leur article avait rassuré et donné à penser à la clinicienne, intuitive, pragmatique, que j'étais.

Installée dans une autre pratique, un autre lieu, celle de psychologue au sein d'une Equipe de Soins Palliatifs, les questions du corps tant à l'origine d'un autre intérêt, que de l'apparence qu'il

présente, des possibilités de rencontres qu'il donne, de la subjectivité, comme du désir, m'apparaissent toujours fondamentales. C'est ainsi qu'un de nos rôles dernièrement fut de soutenir la demande d'un vieux couple qui se heurtait aux exigences fonctionnelles, techniques, hygiéniques, d'un service de soins à domicile. Nous avons eu la satisfaction de les maintenir unis dans un grand lit, en favorisant la recherche du lit double médicalisé, avant que la mort ne les sépare... « Tu vas avoir quatre-vingt-deux ans. Tu as rapetissé de six centimètres, tu ne pèses que quarante cinq kilos et tu es toujours belle, gracieuse et désirable. Cela fait cinquante-huit ans que nous vivons ensemble et je t'aime plus que jamais. Récemment je suis retombé amoureux de toi une nouvelle fois et je porte de nouveau en moi un vide dévorant que ne comble que ton corps serré contre le mien ». A.Gorz

La possibilité pour l'adulte âgé de poursuivre son développement et ce, jusqu'à la mort, ne passe-t-elle pas par la qualité de nos regards, de nos attentions aux corps, celui de l'autre mais aussi le nôtre, par nos possibilités d'ajustement réciproque, d'improvisation dans la relation, par nos identités sexuées, différenciées, assumées ?

Pour votre attention je vous remercie.

## **Bibliographie**

**Abraham(A)**, Le dessin d'une personne, EAP, 1985, Paris.

**Gorz (A)**, Lettre à D., Gallilée, 2006.

**Herffray(C)**, L'oeil et le corps, Actes de la 4ème journée de l'ARAGP, Lyon 1984.

**Lemaire (A), Schmitt (L), Moron (P)**, Séduction de l'âgé déprimé en début de psychothérapie, Psychologie Médicale, 1988, 20, 6 : 837-839.

**Liotard (D)**, Dessin et Psychomotricité chez la Personne Agée, Masson, 1990.

**Liotard (D)**, La personne âgée : du comportement à l'acte imaginé, in Abrégé de Psychomotricité, Masson, 1993.

**Liotard (D)**, Réflexions actuelles sur la spécificité du soin psychomoteur, in Psychomotricité : entre théorie et pratique, In Press Ed, 2000.

**Personne (M)**, L'aventure du corps dans les libertés du grand âge : une ouverture à une psychiatrie humaniste. actes de la 1ère journée

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

**Roustant (F)**, Influence, Minuit, 1990.

**Roux (M-L)**, In Les destins du corps, Erès, 1994

## VIEILLIR EN COUPLE OU DEVENIR UN « VIEUX » COUPLE ?

### LE COUPLE, OBJET PARADOXAL POUR L'HOMME ET LA FEMME VIEILLISSANT

Evelyne SERPOLAY<sup>57</sup>

*« Il est morne il est taciturne il préside aux choses du temps  
il porte un joli nom Saturne mais c'est un Dieu fort inquiétant »*

*G Brassens*

« La nuit tous les Vieux sont gris » ? J'emprunte le titre de l'ouvrage de Jérôme Pelissier pour m'interroger sur les transformations du couple lorsque la femme et l'homme vieillissent. Prennent ils une même couleur ? Le couple devient-il gris lui aussi ? La vieille peut-elle prendre une autre teinte ? Dans notre Occident, nous nous représentons la vieillesse comme déclin, à l'instar des Grecs, nous privilégions la beauté et la force physique. La dérive de cette représentation est de regarder les vieux et les vieilles, non pas comme des adultes accomplis, mais comme des personnes déclinantes, infantiles et déssexualisées. Le couple peut-il prendre de l'âge ? Quel que soit l'âge des partenaires, on appelle un vieux couple, celui dont les partenaires perdent l'instance du désir. P.L. Assoun ajoute : « ils perdent ce moment irremplaçable de rencontre d'une absence, dans le moment du désir sexuel où chaque-un réexpérimente l'étrangeté précieuse de l'autre ». « La rencontre du corps de l'autre crée ainsi une façon de perdre le contact trop familier, de savoir le reperdre et le rencontrer à nouveau sur une autre scène... ». Une façon intime de se séparer de la

---

<sup>57</sup> Psychothérapeute de couple, Clermont-Ferrand.

proximité. Les membres d'un vieux couple ainsi envisagé, celui du trop familier, de la sexualité casanière, qui a fait son deuil du sexuel, ne se rencontrent plus, ne se séparent plus par les moments d'altérité désirante. Les conjoints finissent par se ressembler comme les jours qui se suivent et sont tous de la même couleur. Le masculin et le féminin se confondent.

Si vivre c'est vieillir et continuer à donner du sens à ce qui va advenir, le désir réciproque dans le lien est fondamental, la rencontre avec l'étrangeté de l'autre irremplaçable. Une économie sexuelle satisfaisante jusqu'à un âge avancé, la capacité à emprunter la voie de la sublimation, la transmission, se trouvent au cœur du vieillir. Mais en premier lieu il s'agit d'une expérience corporelle. Un seul corps vieillit dans le couple, l'expérience corporelle est singulière. La transformation corporelle confronte le sujet à son corps, à ses pertes, à une nouvelle organisation de la sexualité. La ménopause se manifeste par une élévation de la libido qui produit une réorganisation pulsionnelle qui touche au masculin et au féminin. La crise du « démon de midi » chez l'homme, témoigne combien l'homme, saisi par cette passion, cherche à rouvrir le désir hors des voies conjugales désertées. Se transformer bouscule le projet conjugal, les alliances se dévoilent, la question de la différence ne peut plus être refoulée, déniée, clivée ou forclosée. Les représentations du couple se modifient : ce qui était tolérable autrefois devient intolérable et menaçant.

Je vais tenter de me saisir de la question du féminin et du masculin et du vieillir à partir de l'écoute de conjoints qui consultent en couple, pour le couple, au moment de la désagrégation de leur lien, lorsqu'ils sont en souffrance psychique car leur couple est menacé. J'ai choisi deux courtes vignettes cliniques au moment du passage à la retraite car c'est un moment de changement social et familial, départ des enfants, grand-parentalité, et un moment de réorganisation du couple. Ces modifications peuvent amener l'un ou les deux conjoints à se sentir sur les bords vertigineux d'un changement irréversible. Cette crise de vieillesse pose les bases d'une nouvelle organisation psychique qui sera, une fois encore, à l'épreuve lorsque la grande vieillesse apparaîtra. C'est aussi un moment clef de changement corporel qui s'accroît bien sûr, peu à peu ou brutalement, avec l'âge.

A partir d'un dispositif spécifique, la clinique du couple nous révèle « des formations inconscientes de caractère groupal qui ont des vertus structurales, économiques, dynamiques dans la formation du lien et traitent l'énergie psychique à travers les agencements de place et les assignations ». Cette définition empruntée à Muriel Soulié nous fait comprendre que la dynamique inconsciente du couple est bousculée lorsqu'un partenaire ou les deux sont confrontés au vieillissement. Les pactes dénégatifs, les représentations indésirables menacent d'apparaître. Nous supposons que la conflictualité psychique conjugale est activée au moment du vieillir. L'entité couple est alors investie par les deux

sujets pour, à la fois, refouler certaines représentations et favoriser l'intégration du travail psychique à accomplir, afin d'ouvrir la voie au plaisir de vivre et d'aimer c'est-à-dire à la capacité de rencontrer « un autre, étranger à soi ».

J. M. Blassel décrypte la demande conjugale ainsi : « Les partenaires arrivent avec une plainte qui exprime une intense frustration focalisée dans le couple d'un registre existentiel (je n'existe pas), sexuel (je suis frustrée, je suis castré), générationnel (les enfants sont partis je ne suis plus une mère, je ne suis pas un père), social (depuis ma retraite je n'ai plus de vie sociale). L'échec répété des partenaires à dépasser par eux-mêmes et durablement la frustration, engendre la représentation d'un couple contraire à l'épanouissement du sujet. Sous le conflit du couple sommeille une conflictualité conjugale qui apparaît car les efforts de changement sont réduits sans cesse à néant. Les conjoints venant consulter s'interrogent alors sur l'organisation psychique de leur lien car ils découvrent la présence de quelque chose de plus profond, d'enfoui, motivant leur désaccord apparent. Si conflictualité conjugale il y a pour l'analyste de couple, la groupalisation donne sens à une représentation spécifique du couple, par le couple et les conjoints. « J'ai réalisé que je ne peux vivre comme cela, vieillir comme cela » nous dit un partenaire du couple, mais ils consultent ensemble pour changer de couple et non changer de partenaire. Chaque partenaire déjà secoué par l'ébranlement identitaire dû à la perte de ses étayages et par la transformation de la famille, se voit empêtré dans un couple qui ne répond plus à ses attentes. L'altérité augmente l'angoisse. Pour continuer à faire couple, chacun doit mettre en retrait des aspects de sa singularité, mais pour dépasser la crise, il est au contraire nécessaire d'affirmer sa singularité, ce qui menace le groupement. Le couple autrefois source de créativité, levier d'une mutation qui favorisait l'intégration d'un masculin et d'un féminin, ce même couple devient paradoxal. Il, elle, ne reconnaît plus ce groupe d'appartenance. Ces enjeux obscurs et souterrains engendrent une régression, un fonctionnement psychique de crise. Dès lors, les partenaires opposent un temps d'avant et un temps présent. Le jadis et le présent, le mort et le vivant, le masculin et le féminin, ces trois différences premières sont au cœur de la tourmente car signifiant un deuil fondamental à accomplir et la levée du pacte dénégatif qui les liait jusqu'alors. La demande de consultation conjugale émerge au moment précis où au moins un des deux éléments du couple décide de ne plus partager la règle du jeu qui faisait fonctionner jusqu'ici le système d'alliances conscientes et inconscientes, ce qui se partageait est en voie de ne plus se partager. « L'angoisse d'une *fin de partage* est le déterminant ultime de la demande de consultation conjugale » précise J. Robion. Cette fin de partage est particulièrement angoissante lorsque le sujet vieillit, car il a conscience du temps limité, limite pour reconstruire une complicité dans un autre couple, mais limite aussi si les partenaires ne se séparent pas, car il reste peu de temps pour tenter d'accéder au bonheur dans un

nouveau projet conjugal. Entre le temps d'avant et le temps présent, les conjoints, à l'orée du vieillissement, ont des difficultés à se représenter un temps d'après où ils trouveraient le bonheur.

### **Un jadis à perdre**

« Saturne en latin, Chronos en grec sépara le ciel de la terre à l'aide d'une serpe. Il inventa l'espace comme espace tiers. Deux mondes s'opposent dans l'espace : du premier monde brûlant obscur, continu, sort un autre monde moins génital moins chaud, moins noir, plus lumineux, plus froid, plus étendu où les mères ne sont plus menacées de mourir, où elles se disjoignent des pères, où les nouveau-nés peuvent respirer, s'ébattre, jouer, apprendre à parler... ». Dans ce très beau texte de « la Nuit Sexuelle », Pascal Quignard poursuit pour nous dire que « c'est la différence sexuelle ajoutée à la différence des générations qui fait le temps. La scène primitive qu'invente la nuit sexuelle est la scène fondatrice du temps de trois manières : elle est ce qui empêche les générations de se télescoper, elle est ce qui empêche les morts de revenir chez les vivants, elle est ce qui empêche celui qui n'est pas encore né de participer de quelque manière que ce soit au coït qui le conçoit. »

Ainsi, avant même d'évoquer la question du masculin et du féminin pourtant en difficulté, les conjoints opposent un temps jadis où ils éprouvaient une union et un temps présent où quelque chose de commun a disparu. Ils vivent une rupture dans la linéarité d'un temps conjugal. L'origine du couple est évoquée. D.Quinodoz parle de ce temps d'éternité qui échappe au temps chronologique. « Est éternel ce qui a trempé dans la noirceur de la nuit ». Le corps idéal du couple, figure de deux arbres entremêlés pour l'éternité, s'oppose dans la mortalité. Les partenaires âgés n'ont plus le temps et sont confrontés au temps futur qui désormais leur est compté. Ils se remémorent un temps d'avant à jamais disparu. Si le temps n'est plus éternel, l'angoisse de mort se réactualise. Les limites du corps viennent souligner les limites au sein de la famille, du couple, du groupe. La séparation avec le jadis trace une ligne frontière. Cette épreuve de perte emmène les partenaires vers une demande d'aide. Au bord de la rupture, ils se plaignent de ne plus être un couple. Entre le toujours de l'avant et le jamais du présent, les partenaires ne se représentent plus le lien conjugal, ils n'éprouvent plus un sentiment d'union.

### ***L'origine du couple Micheline Justin : La rencontre***

Dans le temps d'avant, Justin et Micheline se sont rencontrés au milieu de leur vie. Lui venait de survivre à un grave cancer, à un divorce tumultueux, à un changement professionnel subi, à un changement de région. Pour lui, elle lui a donné sa force créatrice et son énergie

manifeste dans la famille qu'elle formait avec ses cinq enfants. Elle vivait seule, enfermée dans sa famille, divorcée, repliée. Pour elle, il lui a ouvert les grandes portes de la culture et de l'art. Une métamorphose pour les deux. Dix ans plus tard, ils consultent au moment du passage à la retraite, du départ du dernier enfant qui est un peu l'enfant du couple. Ils ne se trouvent plus, ne se retrouvent plus et ont perdu cette connivence. Le couple est envahi par des disputes. Ils s'accrochent à ce passé et sont tétanisés face à leur avenir. Jusqu'à présent, envahie par ses cinq enfants, elle n'imagine pas sa vie seule avec son mari. Lui ne peut renoncer à ses ambitions professionnelles. Plus profondément, ils sont sollicités pour renoncer à ce que chacun avait évité jusqu'alors. Micheline est restée accrochée à une relation maternelle dépendante et frustrante, lui ne peut se séparer de son fils et devient très dépendant de son couple. Ils entretiennent des liens de manipulation. Au cours de la thérapie, il décompense à nouveau d'un grave cancer proche des testicules. Cela provoque un profond bouleversement pour eux deux. Elle chute et se casse l'épaule. Tous deux se retrouvent comme deux petits vieux : « on met un temps infini chaque geste nous est compté ». Au temps d'autrefois, faste et mobile, s'oppose un temps présent, étrié, immobile où l'horizon de la mort se profile. La relation paraît être construite sur du vide. Néanmoins, chacun est agrippé à cet objet-couple qui les avait fait se sentir vivants. Au paroxysme des angoisses de mort, Justin s'écrie qu'il préfère au final « vieillir plutôt que mourir ». Cette sensation d'union perdue est éprouvée en commun et il s'agit là d'une formation psychique commune qui les fait souffrir. Peuvent-ils vieillir ensemble ? Lorsque plus tard il guérit, le couple est confronté à ce corps devenu étranger. La maladie a modifié l'image du corps pour Justin et pour Micheline. Il se pose alors dans le couple la question des corps donc de la sensualité, de la sexualité et de la possibilité ou non d'inventer une nouvelle façon de s'aimer.

### **L'inscription du corps de l'autre**

Vieillir est d'abord une histoire corporelle. Le contact perdu nous disent les patients, c'est d'être vu, touché, entendu ; il s'agit d'expériences sensorielles. Un concept va nous aider à nous représenter la question du contact recherché par les partenaires.

### ***Le pictogramme***

Dans la rencontre avec le corps de la mère, le nourrisson doit métaboliser psychiquement ce qui est frustration, délai. Cela lui est douloureux. Or, il ne peut inscrire dans sa psyché naissante qu'un seul éprouvé, le plaisir ; la douleur est rejetée. Si le pictogramme est positif les éprouvés sont plaisir. S'il est négatif, les éprouvés intolérables s'inscrivent comme vide ou blanc. Cette première activité de l'appareil psychique reste le fond représentatif de tout

notre fonctionnement psychique. Il est une empreinte dans la psyché naissante, un avant de la représentation. Cette inscription originare se remet au travail à l'adolescence pour inscrire un nouveau corps. A.Ruffiot reprend ce concept de P.Aulagner pour nous soumettre l'hypothèse qu'une nouvelle inscription se fait dans la rencontre amoureuse comme tentative d'inscrire dans une psyché unique le corps de l'autre, bien que ce corps soit un territoire étranger.

Dés lors nous pouvons supposer que, lorsque un sujet vieillit, son corps, à l'instar de l'adolescence, lui devient étranger. Le vieillir peut inscrire du vide, du blanc, lorsque l'éprouvé est douloureux, ce vide est le lieu d'aspiration de la haine dans la relation. Les partenaires comme Micheline et Justin peuvent se confronter à une nouvelle inscription corporelle tant le corps de l'un a changé. Ils se sont rencontrés au moment d'une perte et peut-être qu'ils investissent leur couple comme une nouvelle possibilité d'inscrire de nouveaux pictogrammes qui modifieraient l'empreinte initiale et modifieraient ainsi l'économie érotique. Lorsque les conjoints peuvent ouvrir leur corps à l'autre, retrouver la fonction érogène, lorsque cela s'est construit dans l'économie érotique du sujet, le couple peut contribuer à une nouvelle naissance à valeur mutative qui favorise l'intégration du changement. Ainsi se dégage l'aspect vital de la sexualité.

### ***Micheline et Justin***

Ils voulaient à la fois rompre et échapper à la haine, rester pour vieillir ensemble, donner sens à leur mariage. Le couple a trouvé une issue en déménageant de manière paradoxale : elle a acheté un appartement pour elle, tout en l'invitant, lui, à partager cet appartement, jouant ainsi sur le « chez-soi chez-nous ». La représentation du couple était ainsi moins une prison qu'un espace à partager librement, de façon consentie, pour un temps limité. Chacun a une chambre à soi. Dans l'espace transférentiel, il a pu se représenter une chambre à soi comme un corps à soi et chacun chacune pouvant jouer à se toucher ou ne pas se toucher, un jeu de désir et de non désir qui a relancé la fonction érotique dans le couple et des éprouvés de plaisir. L'ouverture de la paradoxalité passe par le plaisir partagé ensemble. La survivance de l'objet couple à la destructivité a permis de rester vivant. La qualité de l'objet couple est vérifiée. Dès lors ils peuvent se séparer sans se perdre ou se choisir sans se vivre contraints

### **Une représentation imagoïque : la mère incestuelle phallique**

#### ***L'enfer conjugal***

Monsieur et Madame consultent en plein tapage. Une liaison conjugale de Monsieur avec une jeune femme de trente ans, de l'âge de leur fils, est à l'origine de la demande d'aide.

Cette jeune femme incarne la féminité, le pouvoir de la femme sur l'homme et la manipulation des femmes par l'envoûtement. Quelques années plus tard, cette liaison est terminée mais le couple consulte toujours. De l'interstimulation psychique des conjoints dans l'espace transférentiel, chaque partenaire est aux prises avec une représentation angoissante. Une imago exprime la tension commune du couple à travers une figuration personnifiée. Il y eut de véritables bombardements projectifs. Monsieur disant à sa femme, de sa femme : « Elle est comme son père, ce vieux autoritaire qui a un manche à balai dans le cul...Ma femme elle est froide comme un glaçon, elle n'est pas câline, elle veut que tout soit en ordre...C'est comme elle veut ... ». Ainsi, soit les femmes sont câlines mais roublardes, soit elles sont dictatoriales. Madame est aliénée par cette image qu'elle incarne et qu'elle prend pour elle. Elle ne peut s'abandonner à son mari, ni dans la sexualité ni dans l'affectif. Prisonnière de cette représentation, elle a longtemps maintenu ce couple même infernal pour colmater une angoisse d'abandon. Le couple avait refoulé la question du féminin, d'un féminin ouvert par l'amant, qui aurait pu éveiller une sexualité angoissante pour les deux. Le féminin s'est confondu avec l'emprise maternelle. Le couple lui-même devient une figure d'emprise habitée par un personnage malveillant, qui tour à tour prend la figure de l'Education Nationale, du Vieux de 90 ans despotique, de madame ou de la mère de Monsieur, morte. Cette imago d'une mère incestuelle et toute puissante qui entrave les changements nécessaires n'est pas sans rappeler la mère de Monsieur devenue veuve au moment de sa naissance à lui.

Cette image aliénante favorise la régression anale et phallique qui permet au moi de ne pas faire le travail psychique. Face à ces figures groupales activées par les pertes dues à la vieillesse et aux transformations générationnelles, les partenaires souffrent d'être victimes de l'imago ou d'être identifiés à l'imago (C. Pigott). À sa manière chacun combat cette représentation, dénie, disqualifie, rejette ou conteste son appartenance au groupe couple pour se protéger des productions qu'il génère. Dans le transfert, les sujets savent qu'il faut être trois pour se défaire de l'emprise qu'ils ressentent en couple. Cette image a fait médiation pour pouvoir sortir des disputes et de la répétition et pour commencer à se représenter l'enfermement. Lorsque le Vieux est mort l'impact du deuil a été très fort pour les deux partenaires et il est devenu possible de partager ce deuil et de vivre ensemble les deuils non faits. Après beaucoup de tapage et de tristesse partagée sur toutes les pertes subies, ils ont pu commencer à élaborer cette question de la représentation d'un féminin ouvert et doux, suscitant du désir mais aussi de la peur et de l'envie, source de destructivité.

## La vie c'est le temps qu'il faut pour être aimé

L'attente amoureuse s'inverse vite en emprise agressive puis en haine dès que l'autre du couple est jugé défaillant. Or, vieillir est d'abord vécu comme une défaillance. Au sein du couple, cette emprise s'exprime dans le besoin de maîtriser la différence des sexes et le déroulement du temps. Il s'agit, pour certains hommes, de maîtriser une représentation fantasmatique angoissante d'un féminin qui leur échappe et leur résiste. L'agressivité masculine est souvent l'expression de cette angoisse. Hélas pour la femme, la demande affective et sexuelle disparaît lorsque la relation sexuelle est réclamée comme un dû, sans le temps de la séduction. Prendre une femme sans l'avoir séduite est l'équivalent d'une emprise intolérable pour elle.

L'amour conjugal par la profondeur et l'intensité de ses liens est une terre propice aux relations d'emprise. Freud place la pulsion d'emprise du côté de l'actif, du masculin. Elle serait liée à la maîtrise de l'énergie sexuelle. Du côté du féminin, l'emprise s'exerce sur tout le corps. L'emprise maternelle aussi est importante. Chez la femme, la frustration sexuelle peut se renforcer en face d'une demande masculine maladroite car mêlée d'angoisse et de peur de la femme. Une femme frustrée et insatisfaite ne se contrôle plus lorsqu'on la laisse exprimer sa colère et sa détresse au sein d'une consultation par exemple. Même s'il y a eu au départ amour et satisfaction, quelques années d'échec dans les relations sexuelles ont pour effet de dévaster un équilibre narcissique sans doute précaire auparavant. Une forte angoisse identitaire peut demeurer au sein de la relation conjugale et aggrave l'angoisse du vieillissement.

La magie noire des mauvaises fées provoque un retour des projections négatives et leur engrenage destructeur. Les partenaires sont ligotés dans l'enfer du couple. Mais le fait que la relation survive à ces attaques, montre, qu'en même temps, les bonnes fées sont à l'œuvre. Ces forces qui visent à construire sont au service de la créativité, elles tirent leur énergie à la même source pulsionnelle. Le combat, pulsion de mort-pulsion de vie, n'est pas tant un combat entre vie et mort qu'une tendance au rassemblement ou au contraire à la déliaison. Denis Mellier propose de développer une fonction de contenance, sorte de barrière de contact, jouant le rôle de membrane pour maintenir la distinction entre conscient et inconscient que le processus destructeur de l'envie attaque. Cette fonction est un outil pour favoriser une activité de penser. Cet outil est important pour les couples en souffrance car la conflictualité du couple attaque les liens et donc la capacité de penser.

Même au soir de sa vie, il n'est jamais trop tard pour se dégager d'un fonctionnement pathogène. Les liens conjugaux ne sont pas le résultat d'une fatalité mais d'une œuvre commune à laquelle chacun collabore. L'amour conjugal est celui qui cristallise le plus

intensément les productions de l'inconscient. Pour être indépendant, il est nécessaire d'accepter la dépendance. Dès qu'un lien affectif cesse d'être ressenti comme un lien d'emprise de l'autre sur soi menaçant son sentiment d'identité, il ouvre une voie d'accès aux zones de soi-même restées en jachère, sans compter la prime de plaisir que peut générer un lien de dépendance devenu positif. Il ne s'agit pas d'un adieu au monde mais une nouvelle aptitude à être au monde. Une dernière histoire d'amour.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**ASSOUN P.L.**, Le lien sexuel et l'inconscient en couple, in *Dialogue*, n°183, éres, 2009

**BLASSEL J.M.**, Ecoute psychanalytique groupale du couple, in *Association libre*, revue numérique, n°1, 2010

**MELLIER D.**, Conflits, conflictualité et fonction contenante, in *Cliniques Méditerranéennes*, 2003

**PELISSIER J.**, La Nuit tous les Vieux sont gris

**PIGOTT C.**, Les imagos terribles, éditions du collège, Mercierpôlay, 1999

**QUIGNARD P.**, La Nuit Sexuelle, Flammarion

**QUINODOZ D.**, Viellir, une découverte, PUF, 2008

**ROBION J.**, Désormais on ne nous verra plus ensemble, in *Association libre* n° 3 revue numérique, 2011

**RUFFIOT A.**, De l'originare au groupal

**SOULIE M.**, Couple et complexe fraternel, in *Journal des Psychologues*, n°290, 2011

**24<sup>ème</sup> JOURNEE D'ETUDE** élaborée et organisée par

**Véronique CHAVANE, Cédric GRANET, Catherine HAFFNER,  
Michèle MYSLINSKI, Françoise NAZ,  
Sébastien RICHER, Jean-Marc TALPIN et Mireille TROUILLOUD**

avec la contribution de **Marie-Claude FONTBONNE** (secrétariat A.R.A.G.P.)

### **Remerciements**

au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu