

**SOIGNER, RÉPARER, CONSOLER...
UN ART VIVANT, DIFFICILE ET FRAGILE**

**4^e COLLOQUE DE L'ASSOCIATION RHÔNE-ALPES
DE GÉRONTOLOGIE PSYCHANALYTIQUE
VENDREDI 24 & SAMEDI 25 JANVIER 2014**

INTRODUCTION AU COLLOQUE

Mireille TROUILLOUD¹

L'ARAGP a trente ans d'existence. Trente ans, bel âge pour une association qui se donna d'emblée pour but de défendre l'approche psychanalytique du vieillissement et des sujets âgés. Trente ans, rien de particulier à fêter, juste le plaisir de la continuité et l'intérêt du maintien et de la poursuite des éléments fondateurs. Alors, plutôt que de nous mobiliser pour une journée d'étude, nous avons souhaité vous proposer un colloque, offrant la possibilité de disposer de plus de temps pour penser ensemble et de vous convier à une conférence d'ouverture dès le vendredi soir, avec la chance de pouvoir nous réunir en présence des tous premiers et de leurs successeurs, plusieurs générations de « faiseurs-porteurs-passeurs » de l'ARAGP, Jean Pierre VIGNAT, premier Président de notre association, Catherine GRABER, Pierre-Marie CHARAZAC, Catherine ROOS, Présidente sous l'égide de laquelle l'ARAGP a pris sa dynamique actuelle, et tous ceux que je ne sais nommer.

Il y a trente ans, la première journée de l'ARAGP lançait les travaux à propos de « la relation soignante avec la personne âgée » à partir de l'expérience et des réflexions de J.P Vignat, Y. Artes, D. Suchet, L. Ploton, C. Déona, I. D'Adhémar, P.M Charazac, M. Mollard, J. Rastello, dont certains sont restés très présents dans le paysage gérontologique. Ce colloque de 2014 est l'occasion de reprendre la question du soin porté aux plus âgés, dans un premier temps pour revenir à ses origines, ses essentiels et ses axes organisateurs, pour nous amener à considérer les évolutions et pratiques actuelles, et notamment la notion du « care », du prendre soin dont il est beaucoup question aujourd'hui. Parce que finalement, lorsque l'on me dit que mes mots, ma délicatesse, ma voix, mon attention, mes gestes, mon rire, mes actes techniques, apaisent, calment, rassurent, guérissent, est-ce je soigne ? Est-ce que je prends soin ? Est-ce que je répare ? Est-ce que je console ?

Soigner, réparer, consoler.... Un art vivant, difficile et fragile

Ce titre choisi avec attention a fait parler lors de la conférence introductive de ce colloque :

« *Soigner* », en acte, n'a rien provoqué de particulier... la question n'est pas subversive, mais est l'objet de réflexions essentielles.

¹ Psychologue, Docteur en psychologie et psychopathologie cliniques, Membre du Bureau de l'ARAGP.

« Réparer », a interpellé en raison du lien, psychanalytique, existant entre la réparation et la culpabilité. Bien sûr, réparer, c'est réparer les corps, c'est trouver que faire, comment faire, pour effacer les dégâts causés par la vie, peut-être par moi-même, ici ou ailleurs, maintenant ou en d'autres temps, pour remettre en état cette personne que j'ai abîmée ou en raison d'une autre qui a ou aurait subi un sort similaire... Mais réparer, c'est aussi, soutenir, favoriser, la recherche et la mise en place de la fonction réparatrice que toute personne peut développer pour elle-même, par elle-même. Et réparer, c'est encore l'un des fondements du développement de la fonction soignante, pour sauver le monde de ce qui fait mal, pour se sauver soi-même de ce qui nous fait mal, de ce qui a été mal fait... ah le bel idéal !

« Consoler » a suscité de l'intérêt et de l'incompréhension, presque hostile chez qui associe consolation au câlin, à la relation de surface un peu plaquée et se demande de fait pourquoi ce terme dans le titre d'un colloque sérieux !! Consoler, pourtant, c'est repérer/reconnaître/recevoir, la peine, la douleur, le chaos qui assaillent l'autre, sans vouloir ni effacer, ni faire taire, ni évaluer, ni juger. Consoler, pourtant, c'est envelopper, rassurer, relier, de la voix et du regard, de nos bras et de notre sérénité. Consoler, pourtant, c'est chercher ensemble soulagement dans l'illusion nécessaire pour reprendre espoir et désirer ; c'est aider à inscrire l'insupportable dans l'histoire singulière pour le transformer et l'assumer, pour être réconcilié.

Alors, évidemment, *soigner, réparer, consoler*, c'est un entre deux, un entre soi et l'autre, un entre l'autre et soi. Soigner, réparer, consoler est un art vivant, celui qui se crée, se construit, se reprend au fur et à mesure de la rencontre, de l'expérience de l'autre, de soi, du partage de l'intime.

Ce colloque donc, pour penser ensemble notre façon singulière et culturelle de considérer cet art vivant, pour échanger à partir du partage d'expériences de certains à propos de nos pratiques pour soigner et prendre soin. Pour cela dans un premier temps nous bénéficions des apports :

- De J.P. Vignat, nous ramenant aux temps où il fallait défricher le paysage gérontologique ;
- De P.M. Charazac mettant en exergue, non seulement les illusions qui naissent d'une relation et la portent, tout en répondant aux exigences d'un collectif, mais aussi les paradoxes organisateurs du soin ; illusions et paradoxes garantissant l'évolution d'un sujet soignant bien vivant ;
- De S.A. Josserand nous amenant à considérer le soin au moment où le sujet donne « un signal de mort à venir » et le risque pris alors, pour lui et son entourage soignant, de développer un délire de soin ;

- De J. Hochman invitant à considérer la consolation comme point central de tout soin.

Puis l'actualité du prendre soin, en théorie et en pratique, prendra place grâce à :

- P. Barrier, philosophe très concerné par le « prendre soin de soi » et le prendre soin de la fragilité, sans l'écraser, en restant ouvert à la singularité, aux possibilités et désirs de chacun, en restant ouvert à ce qui advient dans, par, la maladie, la dépendance et la nécessité de se soigner, de se faire soigner, d'être soigné ;
- M. Maurin, nous amenant à la découverte de sa pratique du « toucher psychodramatique » comme soin psychique groupal de l'oubli ;
- C. Haffner, témoignant d'un lieu et d'une façon de prendre soin de personnes très dépendantes leur permettant de trouver relation et voie de symbolisation de ce qui les empêche ;
- J.M. Talpin, prenant soin de ceux qui prennent soin, veillant à la santé psychique de ceux qui soignent, veillant à les accompagner dans leur pratique et à penser la construction de leur art, ce qui ne peut se faire qu'en présence d'un autre spectateur-auditeur-interacteur.

Au fil de ce partage de savoirs, de réflexions, de pratiques, Soigner, réparer, consoler se confirmera comme étant un art vivant, difficile et fragile, dont il faut prendre soin, selon les règles de l'art mais aussi en osant innover, explorer de nouvelles voies et encore parfois « comme on peut, dès qu'on peut ».

Et pour mettre en pratique, pour nous chouchouter et nous apporter du plaisir, Sébastien Richer et sa bande, le groupe BAUME...!

*Ce colloque rend hommage à Claude Balier, psychanalyste,
l'un des fondateurs de notre exercice, décédé en mai 2013.*

SOMMAIRE

Regards Croisés sur le soin en Gériatrie. Conférences introductives Jean-Pierre VIGNAT Pierre-Marie CHARAZAC Serge Alain JOSSERAND	Page 05
Un vieux pédopsychiatre en gérontopsy Jacques HOCHMANN	Page 16
Prendre soin de soi jusqu'au bout Philippe BARRIER	Page 32
Le toucher psychodramatique : Relance des fonctions psychiques chez des sujets déments Mélanie MAURIN	Page 37
Réflexion sur un accueil de jour un lieu où prendre soin ? Catherine HAFFNER	Page 50
« Prendre soin » de ceux qui prennent soin Groupe d'analyse des pratiques professionnelles et d'élaboration clinique Jean-Marc TALPIN	Page 56
Quelques Textes de la parenthèse musicale de la journée Groupe Musical BAUME	Page 64
Mots à Claude Balier Mireille TROUILLOUD et Michèle MYSLINSKI	Page 74

REGARDS CROISES SUR LE SOIN EN GERIATRIE
CONFERENCES D'OUVERTURES

Introduction
J.-P. VIGNAT²

Soigner, réparer, consoler... Je reste intrigué par l'intitulé de cette journée qui me rappelle le titre du beau livre de Jan GOLDSTEIN, « Classifier et consoler ; l'essor de la psychiatrie française au 19ème siècle » paru en 1997, essor qui m'a semblé plutôt la chronique d'une impasse. La réparation et la consolation me paraissent nous emmener sur les chemins de la compassion et de la compensation avec un gradient de culpabilité malaisément évitable.

Cette présence forte des composantes affective et conative de la représentation de la personne âgée et du soin, me conduit à souligner la composante cognitive par le rappel de la formation de la gérontologie psychanalytique et du soin psychique des manifestations cliniques du vieillissement.

Les travaux historiques sont très peu nombreux et généralement superficiels. La psychiatrie classique se borne aux démences, au délire monothématique tardif, à la psychose hallucinatoire chronique tardive et aux psychoses et névroses vieilles. La psychopathologie, rudimentaire, n'intègre pas le vieillissement.

S. FREUD règle péremptoirement la question en affirmant la grande difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité, de mobiliser les défenses après 60 ans. Les apports psychodynamiques restent modestes. Jean BERGERET publie en 1967 « Les chênes qu'on abat » dans la Revue d'Hygiène et de Médecine sociale dont j'étais le Secrétaire de rédaction. En 1970, le Congrès de psychologie médicale nous a permis de proposer la démence comme défense vis-à-vis de l'angoisse de la mort grâce à l'inversion du cours du temps.

En quelque sorte, c'est par le champ de la démence, désert où ne s'aventuraient que les neurologues -et encore pour le survoler- que s'est amorcée l'approche psychopathologique puis celle de la psychopathologie dynamique. L'abord s'est donc fait par la question du temps, éclairée par la réflexion de Saint Augustin et d'Emmanuel KANT, le premier énonçant le concept d'image mentale et le second liant la pensée et le temps. L'importance du temps et de la mort mis en perspective avec le problème central du narcissisme et du deuil, avec, in fine, le désinvestissement de soi-même. Henri BIANCHI, créateur du terme de gérontologie psychanalytique et membre fondateur de l'AIGP (Association Internationale de Gérontologie Psychanalytique), nous a permis de découvrir ce concept à l'occasion du congrès de l'AIGP, en 1982, « Temps, Vieillissement, Société ».

De cette rencontre est née l'idée d'un groupe de réflexion et d'échanges, le Groupe Lyonnais de

² Psychiatre des Hôpitaux, Praticien Hospitalier honoraire ; jean-pierre.vignat@orange.fr

Gérontologie Psychanalytique, animé par Dominique SUCHET, Marc MEGARD, Christian JUNCKER, Pierre CHARAZAC notamment. Le risque de confusion avec un autre groupe et le désir d'élargir son assise a conduit très vite à l'Association Rhône-Alpes.

Le terme de gérontologie psychanalytique a d'emblée interrogé certains : antinomie ? contradiction ? paradoxe ? En fait, la qualité psychanalytique associée à la gérontologie prend en compte le concept de soin psychique apparu dans les années 70. Elle répond également au souhait d'asseoir la réflexion sur l'ensemble des intervenants auprès des personnes âgées susceptibles de s'inscrire dans la démarche de soin psychique.

Trente ans plus tard, c'est toujours de cela dont il s'agit.

Illusions et Paradoxes du soin en gériatrie

P.M CHARAZAC³

Je remercie Jean-Marc Talpin, Président de l'A.R.A.G.P., et tous les membres de votre association de m'avoir invité en une si belle circonstance. Le titre que vous avez choisi pour fêter cet anniversaire s'inscrit bien dans la tradition de vos journées puisqu'il questionne la définition du soin en gériatrie. Montrer en quoi il est un art au moment où les soins n'ont jamais été autant tirés du côté de la preuve par l'objectivité et l'évaluation, relève de la gageure. Mais par les temps qui courent, tout discours clinique n'est-il pas soumis à semblable épreuve ? Plutôt que de chercher à donner du soin la meilleure définition possible, je vous propose de l'aborder par les trois dimensions complémentaires mais distinctes que sont sa base, son fondement et son origine.

La base du soin est accessible et visible par tous. Elle est représentée par les connaissances médicales, en premier lieu les données acquises par la gériatrie, et l'ensemble des disciplines concernées, y compris ce que la psychogériatrie et la gérontopsychiatrie nous ont appris sur la clinique et les dynamiques manifestes des relations avec le patient âgé et sa famille.

Alors que la base d'un édifice appartient à sa construction apparente, ses fondations demeurent cachées. Il n'est pas nécessaire de les dégager pour avoir une vue d'ensemble du bâtiment ou l'améliorer mais quand les fondations font parler d'elles, c'est toute la construction qui est menacée. Le fondement de la gériatrie, ce sont les mécanismes du vivant tel que l'explorent la biologie et la métapsychologie, c'est-à-dire la connaissance de la vie psychique que nous apporte la psychanalyse. Là aussi, lorsque ces fondements émergent sur la scène clinique, c'est que la vie est menacée, comme dans le syndrome de glissement en face duquel les bases du soin sont pratiquement impuissantes.

J'en arrive aux origines sur lesquelles je m'arrêterai davantage car j'avais déjà l'intention de les placer au centre de mon propos lorsque j'ai eu connaissance du titre de cette journée. L'art, qu'il soit architectural ou soignant, est avant tout l'expression d'une capacité créatrice à laquelle un psychanalyste dont les psychogéiatres apprécient beaucoup les travaux, je veux parler de Winnicott, a consacré l'un de ses principaux ouvrages, Jeu et réalité. Sans vouloir réduire la création

³ Psychiatre, Psychanalyste, auteur de plusieurs ouvrages sur psychanalyse et vieillissement, aux Ed. Dunod, en particulier : « Le soin Gérontopsychiatrique »

à ce qu'il en a dit, sa conception de l'espace potentiel et les illusions et paradoxes qui en découlent, comme la notion d'objet trouvé-crée par le nourrisson, éclairent admirablement les origines du soin gériatrique. C'est notamment dans l'espace potentiel encore appelé aire transitionnelle que les illusions et désillusionnements de l'aide ou du soin trouvent leur origine.

Nous ne serons donc pas surpris d'y rencontrer des paradoxes ayant pour caractéristique commune d'assurer la continuité des fonctions du soin, par opposition à un autre type de paradoxes aux effets désorganisateur, qui appartiennent plutôt aux doubles-liens ou doubles contraintes décrites par les systémiciens de l'école de Palo Alto. A travers eux, c'est de la séparation moi-non moi qu'il s'agit, telle qu'elle s'établit dans la petite enfance et resurgit dans des situations extrêmes comme de soigner des patients déments. Mais avant d'aborder les illusions et les paradoxes organisateurs du soin que j'ai choisi de présenter, je voudrais encore dire un mot sur les bases, les fondements et les origines du soin envisagés dans leur dimension collective.

Vous savez que l'illusion ne se limite pas à l'espace potentiel qui s'instaure entre la mère et son enfant ou entre les partenaires d'une relation duelle. C'est aussi ce qui crée et cimente les groupes. Toutefois, le collectif est aussi impliqué dans les fondements du soin, à travers la vie inconsciente des groupes et des institutions, et davantage encore qu'on le pense dans ses bases. Au delà des preuves scientifiques qu'elles apportent, l'efficacité des recommandations de tous ordres destinées aux établissements joue probablement autant au niveau de la solidité du collectif soignant qu'à celui des soins proprement dits. Je ne suis ni en train de remettre en cause la doctrine du management actuel de la santé - je n'en ai pas la capacité - ni de contester la valeur de certaines preuves scientifiques, ce qui ferait régresser les soins de plusieurs siècles. Je rappelle simplement que pour soigner, les bases dites médicales ne suffisent pas. Le soignant, du moins le soignant vivant visé par le titre de cette journée, va et vient sans cesse entre les exigences du collectif et le nécessaire retour aux origines individuelles de la relation soignante.

Ce fait apparaît bien en cantou où l'organisation des soins contribue à éteindre l'expression de la vie des résidents déments, avec de longues périodes d'absence durant lesquelles chacun paraît fusionner dans la symbiose silencieuse du groupe, et des surprises nous révélant instantanément la présence d'une personne : l'arrêt d'un cri ou d'une stéréotypie, un mot ou une phrase surgie de manière inattendue, un geste de reconnaissance à la fin de la toilette... Ces expériences qui apportent aussi au soignant le sentiment de retrouver son identité professionnelle en perdition, n'appartiennent pas aux bases du soin mais à ses origines qui sont d'un ordre différent, essentiellement pré-symbolique et pré-verbal.

* * *

Innombrables sont nos illusions de soignants, je n'en citerai ici que trois : l'illusion d'omnipotence que nous donne la charge de la dépendance, l'illusion que nous apprenons aux proches leur rôle d'aidant et l'illusion que bienveillance et maltraitance se renvoient toujours dos à dos comme dans les protocoles.

L'illusion que nous sommes indispensables à la vie de nos patients ou résidents découle de l'idéalisation induite de part et d'autre par la relation de dépendance. Le sujet dépendant ne se contente pas de surestimer nos capacités comme celles de sa personne aidante, il transfère sur nous les qualités de l'objet primaire maternel à l'origine des premiers fantasmes d'omnipotence faisant du sein l'objet trouvé-crée. Ce sont ces fantasmes qu'il a besoin de revivre avec nous, avant d'accepter la désillusion de ne pas retrouver en nous davantage que chez ses proches le bon sein perdu. Tous n'accèdent pas à ce désillusionnement qui dépend en partie de l'accompagnement adéquat ou non de

l'environnement. Mais, comme l'a montré Winnicott dans l'ouvrage précédemment cité, ce sont les personnes qui n'ont jamais pu durant leur existence accéder à cette illusion (ce qu'il appelle « désespérer d'être dépendant de quelqu'un ») qui posent le plus de difficultés.

L'illusion que ce sont nos conseils et nos formations qui apprennent aux proches à devenir aidants rejoint celle que Winnicott combattait lorsqu'il expliquait aux mères qu'elles avaient en elles tout ce qu'il leur fallait pour apprendre à élever leur enfant. Cette conviction - qui ne l'empêchait pas de leur donner de nombreuses conférences ! - entendait remettre à leur juste place les connaissances médicales dispensées aux jeunes mères, de la même manière qu'il écrivait dans une lettre à propos d'un de ses collègues : « Il croit que ce sont les soins qu'il donne à sa plante qui la font pousser et non pas les capacités de développement propres à la plante ». Je ne m'arrêterai pas davantage sur cette question que j'ai développée dans un article récent de Gérontologie et Société.⁴

En ce qui concerne la troisième illusion, il y a quelques mois, le Bulletin de l'Ordre des médecins a illustré un dossier intitulé « Maltraitance en établissement : les personnes âgées requièrent votre affection » par une photo montrant une soignante radieuse, le bras passé au cou d'une vieille femme esquissant un sourire en direction de l'objectif. Il l'a reproduite le mois suivant dans un encadré intitulé « Erratum », assortie du commentaire suivant : « Cette photo montre une femme âgée visiblement bien accompagnée et bien prise en charge par une aide-soignante. Nous avons ainsi voulu prendre le contre-pied de cette problématique douloureuse en publiant une image emblématique d'une situation de bienveillance, dans le respect des personnes photographiées. Toutefois, ce parti pris n'était pas explicite et n'a pas été compris par nos lecteurs. Toutes nos excuses aux personnes intéressées pour cette utilisation erronée de leur photographie. » Qu'il suffise de juxtaposer une photo en contradiction avec un mot pour jeter le trouble dans l'esprit de certains lecteurs, voilà qui montre bien les limites psychologiques d'une prévention de la maltraitance qui se bornerait à diagnostiquer et proscrire une liste de conduites ou d'omissions, sans essayer de comprendre les mécanismes qui leurs sont sous-jacents et les liens existant entre le bien et le mal.

* * *

Le propre du paradoxe est de lier deux propositions inconciliables. Il y a deux manières d'opérer une telle liaison, l'une qui permet à la pensée de franchir un pas décisif pour la suite de son développement, l'autre qui lui fait au contraire obstacle. Les paradoxes de cette dernière sorte sont ceux que les analystes classent dans les défenses paradoxales, avec pour exemple le fameux choix des cravates : la mère du jeune schizophrène présente à son fils deux cravates en lui demandant celle qu'il préfère et quand il choisit l'une, elle lui reproche de ne pas aimer l'autre. Les deux plus célèbres paradoxes dont l'instauration est nécessaire au développement de la vie psychique sont ceux que Winnicott a désignés comme la capacité d'être seul en présence de la mère et, en premier lieu, l'avènement de l'objet trouvé-créé.

Le paradoxe de cet objet est qu'il doit être trouvé pour être créé et créé pour être trouvé, et que l'enfant n'a pas besoin de décider entre ces deux statuts pour pouvoir l'utiliser. C'est le mamelon qui répond si parfaitement à l'attente des lèvres quand elles le trouvent que le nourrisson a l'illusion de l'avoir créé. Le fait que cette rencontre ait lieu dans une aire d'illusion signifie que l'ambiguïté est non seulement tolérée mais qu'elle doit demeurer un certain temps avant que l'enfant perçoive le sein comme extérieur à lui.

Le premier paradoxe du soin gériatrique est qu'il place le patient ou le résident sous la dépendance

⁴ P.M. Charazac : Apprendre aux aidants (ce) qu'ils savent faire, Gérontologie et Société, 2013, 147 : 135-146.

de la personne censée protéger son autonomie restante. Mais pour cerner la vraie nature paradoxale du soin, il vaudrait mieux dire que nous ne savons pas soigner sans créer un lien de dépendance. Soigner, en effet, c'est mettre en communication le besoin d'être aimé pour soi et les besoins liés à l'état de dépendance⁵. Ce paradoxe se rapproche de celui de l'objet trouvé-crée car, comme lui, il fait communiquer deux espaces ou deux réalités, la réalité extérieure partagée par tous (celle des besoins objectivés par le G.I.R.) et la réalité intérieure de la personne à laquelle nous ne pouvons pas accéder sans accepter son transfert.

Il suffit que l'on soit contraint à choisir l'une des deux pour que les soins soient mis en échec, puisque cela équivaut à dénier l'existence de l'autre. C'est ce qu'on l'on constate lorsqu'un sujet les refuse en niant son état de dépendance ou les déforme sous l'effet d'un transfert passionnel érotomaniaque ou persécuteur. Ce paradoxe prend également une forme pathologique dans la maltraitance, où l'indécidabilité entre le besoin d'amour et le besoin de protection menace la survie de la personne dépendante. C'est aussi là que se trouve la clé du maniement adéquat de la régression. Comme le dit explicitement le titre de cette journée, il existe une régression fonctionnelle et réparatrice qui n'a rien à voir avec la régression maligne responsable de désorganisations irréversibles. Il peut y avoir maltraitance parce qu'on sous-estime un besoin de régression aussi bien que par un excès de tolérance privant le résident de toute chance d'en ressortir.

Le second paradoxe du soin est celui de l'accomplissement dans l'inachèvement. Bien qu'il ne soit pas aussi essentiel que le précédent à l'instauration du soin, il me semble étroitement lié à la durée qui caractérise le soin en E.H.P.A.D. Un clinicien comme B. Verdon insiste beaucoup sur la place du sentiment d'incomplétude et d'inachèvement dans le travail de vieillir. C'est un sentiment que partage largement le soignant, confronté à l'aggravation inexorable de la dépendance, à la douleur chronique et à tout ce qui rapproche de plus en plus l'aboutissement de son travail de l'horizon unique de la fin de vie. L'ambiguïté tolérée ou permise par le soin joue ici entre deux temps, celui du soignant qui raisonne selon la répétition des protocoles et programmes, et celui du résident parfois déjà entré en travail de trépas, donc dans un temps dont il ressent le terme. Dans les meilleurs des cas, ces deux ordres de réalité finissent par se rencontrer, c'est la condition nécessaire pour que s'instaure l'accompagnement de fin de vie, qui apporte dans les meilleurs cas un sentiment d'accomplissement partagé avec le résident et sa famille.

Le troisième paradoxe, connu de tous, est celui de la vie dans la mort ou de la mort dans la vie, je ne fais pas la différence. Avec celui de l'objet trouvé-crée, le plus beau paradoxe que nous ait laissé Winnicott concerne l'autre extrémité de l'existence : ce sont ces mots retrouvés par sa femme Clare, écrits peu avant sa mort : « Oh God ! May I be alive when I die ! » (« Oh mon Dieu ! Fais que je vive au moment de ma mort ! »).⁶ Ce paradoxe ne soutient pas seulement les soins palliatifs mais aussi les accompagnements de trépas qui se font dans le silence d'une apparente demie conscience. Il est la raison d'être des soignants auprès du mourant mais pour opérer, ce ne doit pas être une formule que l'équipe sort de ses tiroirs au moment de l'agonie car il s'applique à l'ensemble de l'accompagnement qui, comme vous le savez, débute parfois plusieurs mois avant la mort. « Si vis vitam, para mortem. Si tu veux supporter la vie, organise-toi pour la mort » écrivait Freud en 1915, à la fin de ses Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort, marquant déjà que la mort n'est pas qu'affaire de législation sur la fin de vie mais traverse l'existence entière de tout homme. « Jusqu'au bout, la vie garde tout son prix » disait Paulette Letarte, nous rappelant par là combien nous pouvons nous tromper sur la valeur qu'une personne en trépas peut donner encore à la vie.

⁵ Une autre manière de formuler la dialectique de l'être et de l'avoir.

⁶ Clare Winnicott : Donald Winnicott en personne, L'Arc, 1977, 69 : 28-38.

Je remercie Jean-Marc Talpin et l'ARAGP de leur invitation à venir parler, avec Pierre Charazac, du soin en Gériatrie, dans la « foulée » des échanges que nous avons eus en mars 2013, au centre International de Séjour, à partir d'une conférence de P. Charazac intitulée « amour, haine, et passion dans la dépendance au grand-âge », où il parle, je cite : de « délire tardifs, révélateurs d'une relation passée, sous la domination exclusive du transfert narcissique, qui se transfère aux nouveaux objets, à la faveur de l'entrée en Ehpad. »

Cette conférence, passionnante et richement documentée, m'avait amené à ma propre conception de ces états tardifs déjà décrits par Clément, Paulin et Léger (1999), dont j'ai parlé ici même en 1994 et en 2003 dans deux conférences consacrées l'une au travail de trépas en institution gériatrique, et l'autre à la chute du sujet âgé. P.Charazac inscrit la tragédie du roi Lear dans ces délires tardifs. Pour ma part, j'en ferai une forme clinique de travail de trépas, qui conduit à la mort du roi Lear dans les bras de Cordélia, par une opération de retournement que l'on me pardonnera si l'on considère que le retournement est une opération de routine de nos inconscients. Trépas qui survient au terme d'une régression destructive, fautive, pour les protagonistes, d'avoir entendu le signal de mort à venir de Lear.

J'ai en effet, dans ma conférence de 1994, reprise dans un article de « L'information psychiatrique » en 1998, validé le « modèle » du travail de trépas en ce qui concerne le vieillard, travail de trépas magistralement décrit par Janice Norton (1963), puis repris et nommé par Michel de M'Uzan (1977). Mais j'y ai surtout posé les bases d'une nouvelle vision des états psychopathologiques du dernier âge, et de leur dynamique, ainsi que leur résonance dans l'Institution et sur le personnel soignant. J'avais complété cette vision globale de la fin de vie par mon travail sur la chute du vieillard, ici même, à l'invitation de Madame Roos en 2002, puis dans l'article : « la chute du vieillard ou la démence en travail de trépas dépressif ». Je n'étais pas le premier à Lyon, en particulier, à aborder cette question sous l'angle psychiatrique. JP.Vignat, le Gouès, Buffler et Seffert, B.Bétend l'avaient fait avant moi. Ils avaient bien évoqué la dépression ou le contexte d'une rupture de lien, et même pour JP.Vignat l'érotisation du lien, qui provoque la chute dans les bras de l'autre ; mais il me revient d'avoir décrit ce paradoxe que je formulerai ainsi : l'investissement d'objet, enclenché par le SIMOV, provoque la perte de l'objet, car l'élan pulsionnel du sujet rate son but – l'objet – du fait de l'épuisement de la source pulsionnelle par le processus démentiel. L'élan manque de vigueur, comme un saut trop court pour atteindre un autre bord.

J'ai donc postulé, et je crois aussi l'avoir démontré, la délivrance, au sein de l'organisation somatopsychique du vieillard, d'« un signal de mort à venir » (SIMOV) dont le sens est celui d'un changement de projet : le sujet désinvestit son projet de vie, et investit son projet de mourir. Il s'agit d'un troc et non d'un deuil. Sa traduction clinique est :

- une modification dans le régime de croisière d'une relation préexistante (relation de couple par ex., ou avec un enfant, ou avec un ami privilégié), sur le mode d'un certain décrochage de la réalité concrète (refus d'aller au marché, aux réunions, aux parties de cartes ...) au bénéfice d'un alourdissement de l'accrochage à cet objet (besoin de la présence de l'objet, jalousie, augmentation

⁷ Psychiatre, Psychanalyste
10 Place Benoit Crépu 69005 Lyon

de la demande sexuelle... au point que l'objet y réagit ...) ou l'adoption, par celui que j'appellerai sujet de la mort à venir, l'adoption d'un « comportement d'appel et de recherche de l'objet » (CARO) destiné à devenir l'objet-clé du travail de trépas (Josserand 1994), que je préfère nommer : « objet de transfert de trépas » (OTT), car l'exceptionnelle aptitude au transfert me semble caractéristique du vieillissement.

Ce comportement peut s'exprimer par n'importe quel tableau psychopathologique ; violent, délirant, dépressif, passionnel, abandonnique, névrotique. En effet, le signal provoque un ressenti de manque de l'objet du travail de trépas. Ce manque ressenti de l'objet physique externe en provoque le réinvestissement psychique sur le modèle de ce que fut autrefois la relation d'objet du sujet, et exprime le rapport à l'objet absent, jusqu'à ce que se noue la relation de trépas, avec son caractère exclusif.

En général, la recherche d'un objet passe par une stratégie de séduction, à laquelle l'objet pourra avoir du plaisir à répondre. Et, bien-sûr, ce cas, normal, existe. Il suffit d'observer, chez des vieillards en institution, les stratégies par lesquelles ils s'assurent les bonnes grâces de l'un ou l'autre des personnels de l'institution, provoquant parfois des réactions de jalousie ou de rivalité des autres membres du personnel, pouvant générer du désordre au sein des équipes. Ce désordre est un symptôme de l'entrée en travail de trépas du vieillard.

Mais dans les formes à expression psychopathologique, le comportement de séduction est remplacé par l'expression psychopathologique de la souffrance ressentie du manque d'objet, qui prend donc la valeur de symptôme d'appel à l'objet manquant.

C'est sur ce point que je me différencie de P.Charazac, lorsqu'il voit dans ces états « des délires tardifs, révélateurs d'une relation passée, sous la domination exclusive du transfert narcissique, qui se transfère aux nouveaux objets, à la faveur de l'entrée en EHPAD ». Autrement dit, une évolution continue, là où je décris une discontinuité psychique qui signale le troc du projet de vivre en faveur du projet de mourir, et le renversement de la polarité de l'appareil psychique en direction de l'intrapsychique. C'est sur cette question de la discontinuité psychique que je me différencie également de C.Balier(1979) qui décrit un rééquilibrage progressif des investissements narcissiques secondaires et primaires, au bénéfice de ces derniers, jusqu'à une phase ultime d'idéalisation de l'objet maternel, projetée sur l'environnement.

Mon point de vue est qu'à l'instant T de la vie du sujet surgit un décrochage, une discontinuité psychique, provoquée par l'effet à rebours d'un événement non encore advenu : la mort du sujet. Cet événement somatopsychique, le signal de mort à venir, provoque la crise adaptative qu'est le comportement d'appel et de recherche de l'objet clé (CARO), dont certaines expressions empruntent le masque de ces psychopathologies du dernier âge. Il s'agit donc pour moi de formes inaugurales d'une nouvelle tranche de vie : la dernière, qui sert le projet de mourir.

Ce signal, cette crise adaptative menace les équilibres relationnels préexistants, et impose la création d'un nouveau type relationnel, particulièrement exclusif, exigeant et absorbant, ce qui n'est pas toujours possible. La crise alors s'amplifiera et imposera à l'environnement immédiat, débordé, l'intervention spécialisée du soin et du thérapeutique.

Dans nombre de cas, cette crise sera spontanément résolutive, lorsque l'environnement du patient, grâce à ses capacités d'empathie, aura compris préconsciemment les enjeux, et fourni la réponse objectale attendue.

Mais bien souvent, cette crise de psychopathologie tardive sera l'occasion d'entrer en

établissement et non pas la conséquence de l'entrée en EHPAD. Le premier acte soignant sera la mise en mots du SIMOV, sa traduction en un message verbal de mort à venir (MEMOV), à destination des équipes soignantes, qui va organiser la prise en charge, y compris en fournissant au vieillard un objet clé, lorsqu'il n'en dispose pas dans son environnement.

Cette approche soignante par la verbalisation du sens de la crise comportementale ou de l'épisode psychopathologique diffère bien sûr de l'abord thérapeutique qui proposerait une réduction médicamenteuse des symptômes, à partir d'une lecture dans la continuité, dans la linéarité du tableau psychiatrique ; celui qui ne ferait pas la place à la discontinuité récurrente imposée par la mort à venir, « mort à venir » que je considère comme un concept, un opérateur de la vie psychique (couple SIMOV-MEMOV, inducteur et opérateur de la dyade), et un acteur de soin.

Dès lors, le soin est placé sous le commandement du MEMOV qui fonctionne comme une instance, tant pour l'OTT que pour les soignants. Ce commandement idéal édicte que tout doit être mis en œuvre pour faciliter l'accès au travail de trépas, et son développement harmonieux.

Dans les conditions optimales, le lien à l'OTT est déjà noué, ou se noue aisément dans le service. Dans ce cas, la fonction de soin se résume à une fonction de gérance de la dyade, qui porte :

- sur la levée de certaines adhérences somatiques ou psychopathologiques qui entraveraient le bon déroulement de la régression du sujet au sein de la dyade dont il est l'un des pôles, d'une part,
- et d'autre part, la complaisance de l'OTT à l'évolution de la dyade, sous l'effet d'un SIMOV qui est lui-même en constante évolution (J'en veux pour preuve que trois à six mois avant la mort, l'anus et le rectum seraient colonisés par les bactéries de la putréfaction).
Mais il est des conditions difficiles : celles où l'OTT n'est pas trouvé, ou se dérobe.
- Le patient s'installe dans son épisode de pathologie psychiatrique de l'âge tardif.
- Tandis que les soignants, appelés dans leur inconscient à une tâche que, par sa nature inconsciente, ils ignorent, manifestent des symptômes de souffrance psychique, traduite par la défense maniaque (versant excitation) ou par un fort sentiment de culpabilité, ou par la dépression et l'épuisement (Josserand S.A., 1994, 1998)

A ce stade, la simple verbalisation du SIMOV en MEMOV, la fourniture d'un OTT, l'accompagnement par la réunion de service, suffisent à rétablir l'ordre :

- le patient désinvestit la pathologie psychiatrique, au bénéfice de la dyade de trépas.
- Les soignants recouvrent leurs esprits, et une humeur bien tempérée (Josserand.S.A., 1994,1998)

Ainsi, le couple signal-message détermine les conditions d'entrée et leur évolution jusqu'à la mort de ce que j'appelle la conjoncture de trépas, qui lie, enveloppe et transforme les deux acteurs de la dyade. Il gère en somme l'information. Les informations d'entrée, qui incluent les informations issues d'un cadre désinvesti, et agglutinent les informations venues de la structure en défaire.

Cette conjoncture de trépas est susceptible de se transformer en une conjoncture de soin, lorsque se produit un échappement ou une entrave au travail de trépas. De ce point de vue, le soin a une fonction d'encadrement, de réceptivité dynamique, susceptible d'émettre ponctuellement des pseudopodes actifs en direction de la dyade.

Ce que j'appelle délires de soin, ce seraient les modalités de soustraction à cette obligation conjoncturelle vis-à-vis de la dyade. Un refus de la réalité de la dyade, au bénéfice d'actions, souvent de nature thérapeutiques, dont la fonction est de dénier l'état actuel de la dyade,

et d'entraver le déploiement de la conjoncture.

Quelques rappels à ce stade sont nécessaires :

1. la délivrance du signal impose sa traduction en message verbal de mort à venir. Cette traduction est l'acte fondateur du soin. Elle requiert une connaissance préalable de ce que je décris, et un organe d'élaboration collective (la réunion de service).

2. Le message commande la vérification de l'existence d'un objet de transfert de trépas, et dans le cas contraire, de procurer au vieillard un tel sujet.

3. Dès lors que constituée, c'est la dyade qui devient l'objet du soin et de la vigilance réceptive.

4. Des épisodes pathologiques peuvent s'exprimer au pôle du sujet, mais aussi au pôle de l'objet, ainsi que par des distorsions de la dyade. La réponse partielle au pôle expressif des symptômes pourrait facilement basculer dans le délire si l'autre pôle n'est pas pris en considération.

5. Au pôle signal, le relais verbal, donc le sens, n'est pas toujours assuré. En ce cas, le signal se dégrade en bruit, dont la traduction institutionnelle est l'excitation, qu'il faudra réduire. En particulier lorsque le tableau comportemental trouble l'ordre public institutionnel, et provoque une réaction de maintien de l'ordre, dont l'objet n'est plus le patient, mais la sauvegarde de l'institution. Deux exemples :

- l'exhibition sexuelle, qui provoque une réaction répressive d'ordre moral, pour protéger la dignité du personnel. Ce positionnement éthique méconnaît le sens du symptôme, et compromet la réponse soignante spécifique. Elle est délirante.

- La violence de certains patients, en particuliers déments. Ceux-ci n'ont sans doute plus la capacité de se représenter un objet, donc de le trouver. Seul persiste le processus d'emprise violente sur tout objet. Ici, c'est à l'objet que revient l'initiative de s'offrir, en faisant une pause avec le sujet, en l'écoutant, en lui donnant un temps d'existence par l'autre, et en tentant de laisser une trace en lui, malgré son déficit mémoriel.

6. d'une façon générale, le manque quant à l'objet peut ressurgir au sein de la dyade, ou même l'empêcher de se constituer.

J'ai évoqué la chute qui fracasse au moment où se mobilise l'investissement d'objet, qui épuise une source déjà en étiage et incapable de se renouveler. L'objet devra venir à un tel sujet, comme dans le cas de la violence.

Mais il arrive que le lien de trépas soit rompu :

- par fuite, maladie, hospitalisation de l'objet-clé. La règle à cet âge est que l'on ne peut accepter la prise en charge de quelqu'un sans s'enquérir de celui ou de celle qui reste à la maison, et de façon plus ample, sans évaluer son entourage. Celui qui se présente peut être le symptôme de celui qui reste caché, l'autre de la dyade.

- de façon délibérée, pour des raisons à inventorier, dont la surcharge ressentie par quelqu'un trop seul à porter un tel fardeau.

- à la suite de la levée d'un déni de l'objet-clé, gagné par l'angoisse.

Il en résulte une mélancolie de trépas, qui peut s'exprimer par une demande d'euthanasie ! Gare aux « directives anticipées » d'un sujet sain, radicalement différent, dans son être, du sujet tel que transformé par le travail de trépas.

Mais j'arrête là mon énumération. Elle n'avait pour but que de montrer le risque toujours présent de dérive vers une voie délirante de soin, lorsque la réalité du patient, ou de son devenir, sont méconnus, lorsque le patient en somme, n'est plus au centre du soin.

Il y aurait bien sûr beaucoup à dire sur les normes prescriptives, les prescriptions de normes, les conduites développées en dehors des commandements des patients. Mais je souhaite rester au plus près de la personne, de l'humain. Et je rejoins Jean-Marc Talpin (1997) lorsqu'il propose de distinguer LE soin et le guérir, afin de permettre à chaque institution de fonctionner au plus près de

sa « tâche primaire », plutôt que sur l'exclusif modèle médical. Cependant compte tenu du fait que l'enclenchement du travail de trépas peut surgir à n'importe quel moment et n'importe où, n'existe-t-il pas une « tâche primaire » transinstitutionnelle, qui serait l'obligation pour tout établissement, toute équipe, et assurer la gérance de toute conjoncture de trépas, in situ et ce jusqu'à son terme ?

A cette fin, je crois que la réunion institutionnelle, quel que soit le nom qu'on lui donne, a une capacité de régulation essentielle. A la condition toutefois qu'elle soit animée par quelqu'un de « bien au courant » (Freud) : le soin en effet est à l'entrecroisement du pyramidal, structuré, hiérarchisé, prescriptif, normatif et gardien de l'ordre – et de l'horizontal, la réunion de service, dévolue au patient du jour, coanimée par le couple analyste – chef de service, et réunissant tous ceux qui ont un contact avec ce patient là.

– Ce qui permet, dans un premier temps, la remise en circulation dans le groupe et le partage par tous d'informations souvent infraverbales, multiples, fractionnées, séquestrées, lesquelles deviennent dès lors utilisables dans l'élaboration collective du cas.

– Cette élaboration est éclairée par les connaissances des uns et des autres, qui sont ainsi transmises, et tisse pour chacun une trame représentative qui facilite l'interprétation des nouvelles informations.

– Enfin, plus inconsciemment, se produisent une série d'identifications au désir de l'analyste pour son objet de connaissance (la représentation du patient), ce qui permet de substituer à un intérêt direct pour le patient, parfois défaillant, un investissement dérivé du désir du désir de l'analyste pour son objet de connaissance. Ce que j'appelle « l'hystérie circulante ».

– C'est évidemment par cette réunion que s'opère au mieux la gérance des conjonctures de trépas ou de soin, et que peuvent être évités les avatars délirants. Je précise pour qu'il n'y ait pas d'ambiguïtés, que je ne désigne pas les uns ou les autres comme soignants délirants, mais que par délire je désigne une dérive collective de l'appareil soignant hors de la réalité clinique, du fait d'un choix théorique inapproprié à cette réalité. qui aurait dû amener à la constitution de la conjoncture de soin, puis son allègement en simple fonction de gérance.

Pour conclure, je vous livre l'observation d'un délire de soin d'un patient faite au centre de Gériatrie de Cuire, aujourd'hui Frédéric Dugoujon, où j'ai eu le privilège d'exercer une vingtaine d'années, à l'invitation du Dr Marc Mégard, puis de son successeur le Dr Elisabeth André-Fouëtt. Je vous laisserai le loisir de discuter cette observation, me réservant celui de vous répondre si vous le désirez.

Paul est un homme de 82 ans, adressé au service par les urgences chirurgicales, qui l'ont accueilli en raison des conséquences polytraumatiques d'une chute « fracassante » à son domicile. S'ajoutent au tableau des complications et des pathologies associées qui font de lui un sujet médicalement intéressant.

L'investissement de Paul paraît très important si l'on en croit les différents discours, et vise dans un premier temps à lui permettre de rentrer à domicile. Il apparaît comme porté par les équipes et les médecins, objet d'un indiscutable activisme médical.

Pourtant un conflit, d'abord larvé, va apparaître avec les ASH, qui n'effectuent pas les mobilisations et les levés qui leur sont demandés.

Un malaise s'installe, qui conduit à m'en parler. Les informations ne viennent pas volontiers, mais permettent un premier constat. Les ASH ne sont pas du tout dans un refus de soin, mais au plus près de la réalité du patient, qui dicte le constat suivant : le patient n'est pas capable de ce que l'on attend de lui. Pire, les mobilisations demandées par les médecins semblent le mettre en danger, ainsi que les ASH.

Mais alors, que se passe-t-il ? Ce n'est qu'en toute fin de réunion que l'énigme est levée : le véritable objet d'investissement des équipes, et des médecins, ce n'est pas le patient,

contrairement aux apparences. En fait, il s'agit de l'épouse du patient, femme discrète, mais très efficace dans la séduction qu'elle exerce sur l'ensemble des soignants. Cette dame ne se soucie pas de l'état réel de son mari. Elle demande tout simplement qu'on le guérisse et qu'on le lui rende, afin qu'ils puissent tous deux reprendre leur vie à la maison ! Elle tient le même discours à son mari : tu vas guérir et tu vas rentrer.

Et à la toute dernière minute, cette information : depuis six mois, le comportement à la maison de Paul avait changé : il refusait d'aller à ses réunions sociales habituelles, comme d'aller faire son marché avec sa femme, jouer aux cartes avec ses amis, ou simplement, discuter passionnément de politique.

Je vous rends la parole, et vous remercie de votre écoute.

Bibliographie.

Balier C. Pour une théorie narcissique du vieillissement, l'information psychiatrique, vol55, n°6, juin 1979 p635-645.

Bétend B, Eymard C, Jourdain A, Roos C. : La chute chez les personnes âgées. Réflexions à propos d'un événement ordinaire. Gériatrie 1994, 89.

Charazac P. M. : Amour, Haine et Passion dans la dépendance au Grand Age, mars 2013, conférence dans le cadre du FREPSY, à Lyon (CIS).

Clément JP., PAULIN S., LEGER J.M : Troubles délirants survenant à l'âge tardif, in Psychiatrie du Sujet Agé (p 202), 1999, Flammarion Médecine-Science.

De M'uzan M. Le travail de trépas, in : De l'art à la mort, Paris, Gallimard ; 1977

Ferrey G., Le Gouès G : Psychopathologie du sujet âgé. 1989 Masson Paris

Josserand SA. : Entre la dépression et le deuil, nov1994, conférence à la XIe journée d'étude de l'ARAGP, Lyon Hôpital St Jean de Dieu in Bulletin ARAGP.

Le vieillard, ses soignants, l'institution gériatrique et la mort ; du Signal de Mort à venir au Message de Mort à venir ; ou : le travail de trépas, entre la dépression et le deuil. L'Information psychiatrique, n°8, octobre 1998, p771-784 .

Les opérateurs du vieillissement au carrefour de l'institution. Exemple de la chute. Janvier 2002, conférence à la XVIème journée d'étude de l'ARAGP, Lyon, Hôpital Saint Jean de Dieu. In Bulletin de l'ARAGP.

La chute du vieillard ou la démence en travail de trépas dépressif. nov2003, in l'information psychiatrique, vol 79, n°9, p773-781.

Norton J.1973. Treatment of a Dying Patient, Psychoanal. St. Child : 541-560(PSC).

Talpin JM. : L'institution en crise. Soins gériatrie, 10 ; 30-33. 1997

Vignat J.P : Aspects psychiques de la chute. Oct 2001, Neurologie. Psychiatrie. Gériatrie, Année 1.

Ce chapitre du livre de J. Hochmann, « La consolation », est publié avec l'aimable autorisation des Editions Odile Jacob. Qu'elles en soient remerciées.

La métaphore maternelle
Une métapsychologie de la consolation

*« Elle me soigna comme jamais mère n'a soigné
son enfant »
Jean-Jacques ROUSSEAU*

L'expérience de nos échecs et de nos réussites, un approfondissement de la connaissance des processus de changement psychique dans ce véritable laboratoire qu'est, pour le psychiatre de terrain, l'exercice de la cure psychanalytique, une meilleure appréhension des erreurs théoriques ou pratiques dans lesquelles les patients nous induisent, m'ont amené à dévier de mes premières directions. C'est ainsi que je ne travaille plus de la même manière avec les familles. Je les rencontre, je les écoute, j'essaie de les aider dans leurs difficultés. Je m'appuie aussi sur elles et, toutes les fois que cela est possible, sollicite ou encourage leur participation active au traitement de leur enfant. Je suis devenu volontiers explicatif et ne prétends plus distinguer dans le discours des parents ou des frères et sœurs, et encore moins traiter, des attitudes inconscientes que le cadre de nos entretiens, engagés sur la base d'une collaboration avec eux, et non d'un soin pour eux, ne me permet pas de connaître. Formé à la thérapie familiale aux États-Unis, puis dans le séminaire parisien de Michael Woodbury, c'est au moment où elle devenait populaire que je m'en suis paradoxalement écarté, pour la limiter, dans ma pratique, à quelques indications où la pathologie de l'enfant me paraissait étroitement intriquée à un dysfonctionnement de la famille tout entière. Dans d'autres cas particuliers, et lorsqu'une demande personnelle émerge, il m'arrive d'envisager avec un parent, un frère ou une sœur, l'éventualité d'une psychothérapie personnelle. Habituellement, la demande est alors orientée vers un autre thérapeute.

J'ai compris aussi tout ce qu'il entraine d'illusoire dans les mythes de la réparation et de la restauration narcissique. Le narcissisme - ai-je écrit à plusieurs reprises - n'est ni un chef-d'œuvre en péril ni un client pour restaurant du cœur. Les dommages supposés subis par nos patients - s'ils ont existé - sont, par définition, irréparables. On n'efface pas un souvenir, fût-il inconscient. On peut seulement aider à son inscription dans une histoire qui permet de l'assumer, de l'articuler à autre chose et, par là, de le transcender. Cette prise de distance par rapport à une théorie du traumatisme qui revient si fort à la mode aujourd'hui, en particulier aux États-Unis, m'a conduit à me détacher de l'optique «ferenczienne ». Je doute qu'une régression à des stades archaïques du développement (à supposer qu'elle soit possible) puisse nous apporter, avec des renseignements sur ce qui s'est réellement passé, les possibilités d'une cure rédemptrice où serait enfin obtenu ce qui n'a pu advenir. La mise en cause d'un traumatisme initial (séduction sexuelle, sévices graves, perte précoce d'un objet d'amour ou carence d'investissement par cet objet) n'est-elle pas, du reste, calquée sur ce que les

⁸ Psychiatre, Psychanalyste

patients veulent nous faire croire en projetant, défensivement, le mal à l'extérieur d'eux-mêmes, et en niant, par là, toute implication personnelle dans le déterminisme de leur souffrance ? Il n'est pire mal, j'en suis aujourd'hui persuadé, que celui qu'on se fait à soi-même.

Si l'on renonce à changer la famille ou la communauté de référence, si l'on ne cherche plus à réparer une faille primitive, qu'est-ce alors que soigner ? Étymologiquement, c'est d'abord répondre à un besoin, à une nécessité biologique ou psychique, mais c'est aussi un travail, une action de transformation, une production. Les trois mots soin, besoin, besogne, bien qu'ayant connu des évolutions divergentes, ont en effet la même origine. Il en reste quelque chose. On peut étudier cette double dimension de réponse et de mise en circulation d'un produit transformé dans la dynamique du soin maternel, véritable paradigme de toute activité soignante.

Le soin maternel

Aucun de nous n'existerait s'il n'avait obtenu, de sa mère, des substituts maternels ou, plus généralement, d'un environnement suffisamment maternant, satisfaction à ses besoins de base. Un bébé quel qu'il soit, où qu'il soit, exige de la part de celle ou de celui que Freud appelait l'« objet secourable », d'être nourri, maintenu à bonne température, protégé des stimulations excessives. La prématurité du bébé humain lui interdit de se dresser sur ses pattes pour aller, comme un petit veau, chercher le pis de sa mère. D'où l'idée d'un état initial de pure passivité que les travaux modernes sur les interactions mère-nourrisson ont remis en cause. On sait, en effet, que la mère reçoit de son bébé autant qu'elle lui donne. Le besoin de l'enfant induit du côté de la mère une tension qui représente, chez elle, un besoin correspondant de soutenir et de nourrir son enfant. Grâce à l'observation directe dans des situations naturelles ou expérimentales et à l'enregistrement vidéo, on peut maintenant déterminer les stratégies utilisées par le bébé pour éveiller cette tension. Dès les premières heures de sa vie, un nourrisson détecte la voix et l'odeur maternelles, et se tourne préférentiellement vers leur source. Très tôt, il reconnaît des oppositions de phonèmes et sait distinguer le visage maternel parmi d'autres formes. Ces compétences précoces - qu'elles soient innées ou, pour certaines, acquises in utero - lui permettent d'entrer en communication et d'exprimer une véritable soif de connaissance et de relation. Le bébé a autant besoin de relations que de lait. Sensible à cet appel, la mère répond, d'abord par tâtonnements puis par des comportements de plus en plus adaptés où son besoin de donner rencontre le besoin de recevoir de l'enfant et s'harmonise avec lui. Ainsi s'établissent entre l'enfant et la mère un système de symboles, un protolangage où la mère entraîne l'enfant à reconnaître, par de multiples signes, non seulement qu'elle est prête à le nourrir mais aussi qu'elle est dans tel ou tel état émotionnel.

Parallèlement, l'enfant enseigne à sa mère l'art de donner sens à ses signaux de faim, de détresse émotionnelle, ou au contraire de complétude et de joie. Si, comme l'écrivait il y a déjà trente ans Talcott Parsons, l'enfant « apprend à aimer sa mère », celle-ci réciproquement est, comme on dit de nos jours, « maternalisée » par son enfant qui l'institue comme mère.

Ce modèle comportementaliste a l'avantage d'être observable et manipulable. On peut en isoler les variables et les tester scientifiquement. D'où son succès dans ce vaste mouvement de recherche qu'on appelle les sciences cognitives. Même s'il lui donne matière à réfléchir et à infléchir certains de ses points de vue, le psychanalyste ne peut s'en contenter. Il a eu, sur son divan, des femmes enceintes et des jeunes mères. Il sait que, pour elles, le bébé ne se limite pas à cet être gigotant qu'elles tiennent sur leurs genoux, et à qui elles donnent, avec plus ou moins d'adresse, le sein ou le biberon. Au bébé réel, comme Serge Lebovici l'a montré, se surajoutent par strates successives, un bébé imaginaire, un bébé fantasmatique, un bébé mythique, un bébé narcissique⁹. Le bébé imaginaire, c'est celui consciemment ou préconsciemment attendu par la mère, celui auquel elle a,

⁹ S. Lebovici, *Le Nourrisson, sa mère et le psychanalyste*, Le Centurion, Paris 1983.

par avance, donné un prénom, qui parfois prend sens dans l'histoire personnelle des parents, celui dont, soutenu aujourd'hui par le cliché échographique, elle connaît le sexe et cherche à deviner le visage, la position en elle, les sentiments, celui pour lequel elle se fait du souci, dont elle peut redouter l'anomalie.

Le bébé fantasmatique, lui, renvoie à son histoire personnelle, à la signification inconsciente de ses jeux de poupée, à la présence en elle, refoulés, des désirs œdipiens adressés à son propre père, transférés éventuellement sur son psychanalyste ! Le bébé mythique, c'est sa part d'ombre, le magique, l'effrayant, le fantastique, le monstrueux dont elle tente de se débarrasser. Le rire sanglant de l'ogresse, le poison de la sorcière, ont ensemble été instillés dans la pomme donnée à Blanche-Neige, comme un enfant mortifère. La belle jeune fille renaîtra à la vie et se lèvera de son cercueil quand, après un cahot du chariot qui la transportait vers sa dernière demeure, le morceau toxique, coincé dans sa gorge et qui l'étouffait, sera ressorti d'elle, par une sorte d'accouchement buccal. L'enfant narcissique enfin, c'est l'enfant prolongement, l'enfant gardé avec soi comme masque de son incomplétude, l'enfant qui doit être ce qu'on n'a pu être, avoir ce qu'on n'a pas eu, réussir où on a échoué, gage d'un retour au nirvana du sac amniotique, à la fusion éternelle avec le paradis perdu.

Car l'être humain n'est pas que de besoin. Derrière le besoin, étayé sur sa satisfaction, surgit le désir, par définition impossible à satisfaire car s'adressant à un objet manquant *Desiderium*, le désir, veut d'abord dire expérience du manque. Quand l'enfant tète sa mère - et quand la mère donne à téter à son enfant - il n'y a pas que satisfaction réciproque du besoin de nourriture et de celui d'être soulagé d'une tension mammaire. Les lèvres pour l'enfant, le mamelon pour la mère, sont les lieux d'une autre excitation. La mère sait déjà, l'enfant pas encore - mais on peut supposer qu'il le devine - que le mamelon comme les lèvres sont la source d'autres plaisirs qui s'assortissent préalablement d'une autre tension en d'autres organes. À la double satisfaction des besoins s'ajoute donc l'évocation d'un désir impossible à assouvir. Quand bien même elle le voudrait, la mère ne pourrait réaliser avec son nourrisson l'élan libidinal qui s'éveille en elle à l'occasion des tétées. Quand bien même il saurait ce qui lui arrive, le bébé ne pourrait baiser sa mère sur les lèvres et lui faire l'amour. La sexualité qui imprègne l'expérience de la tétée est une sexualité impossible, elle renvoie à une incessante frustration. Pour le bébé, c'est - selon la terminologie de Jean Laplanche - l'énigme d'une séduction primaire, pour la mère, l'origine d'une transmutation de l'émoi sexuel en fantasme.

Wilfred Bion, auquel je me suis déjà référé, a particulièrement insisté sur le rôle de la rêverie maternelle dans le développement psychique du nourrisson et dans son accession à la pensée. Je rappelle que, pour cet auteur, l'enfant vient au monde avec une « pré-conception », un programme inné comme disent nos modernes cognitivistes ou encore un « autre virtuel », selon la formule du neuropsychologue Colin Trewarthen. L'enfant s'attend à trouver là, dans le monde, une chose susceptible de satisfaire ses besoins. Quand ce quelque chose surgit au bon moment, l'enfant s'apaise (mais, on vient de le voir, tout laisse supposer que derrière cet apaisement subsiste un « reste » de frustration). Au contraire, quand le besoin s'exprime et qu'il n'y a rien pour le satisfaire, la frustration est à son acmé. Elle entraîne un afflux de pulsions débridées, une inondation de stimulations impossibles à maîtriser et à organiser. Bion fait alors l'hypothèse d'une sorte de prépsychisme qui ne saurait fonctionner que sur le mode de l'incorporation et de l'expulsion, à la manière d'un tube digestif. Pour l'enfant, le manque n'est pas zéro, le rien est quelque chose que, jouant sur les mots, Bion appelle *no-thing*, la non-chose. L'enfant projette cet objet menaçant hors de lui par ses cris, par ses gesticulations, par ses régurgitations, par son système excrétoire, et en renversant le fonctionnement normal des organes des sens. L'œil, au lieu de recevoir des perceptions, devient projecteur, l'oreille, au lieu de recevoir des sons, devient émettrice ; ainsi naissent des hallucinations qui ne sont encore que du protopsychique, des esquisses de représentations, mais qui ont le statut de choses concrètes, dures, matérialisables. Leur destin est d'être rejetées en menus fragments qui ne peuvent s'associer entre eux. Représentées comme errant dans l'espace, ces choses ont une cible dont l'enfant, grâce à sa préconception, se crée un début d'image : le sein maternel. Quand le sein surgit, ce que l'enfant en attend n'est pas d'abord d'être nourri mais d'être débarrassé des stimulations qui le submergent. Plus que d'apport d'une substance

positive, l'enfant a besoin que, quelque part, quelque chose absorbe son trop-plein de charges négatives. Avant d'être une fontaine de lait, le sein maternel est donc une pompe qui aspire ce qu'un de mes patients psychotiques appelait ses « excréments psychiques ». Dans le sein, les excréments du bébé vont subir une transformation. Elles seront, comme je l'annonçais au départ, l'objet d'un travail. Détoxifiées par le sein, bonifiées, elles se transforment en nourriture, et alors seulement, peuvent être ingérées. Tout se passe comme si, en ce moment inaugural, le bébé ne pouvait absorber que ce qui vient de lui - mais par le détour d'un autre. Le lait qui le nourrit est conçu comme l'effet de la métabolisation par le sein de ce que l'enfant y a rejeté, un renversement de la négativité en positivité.

J'insiste sur cette idée fondamentale, l'activité de nourrissage, et, plus généralement, les soins maternels n'ont pas pour seule fonction de satisfaire un besoin biologique, ils ont d'abord, ils ont surtout pour rôle de transformer le rejeté en incorporable, de positiver le négatif... ou du moins de le rendre tolérable.

La rêverie maternelle, suscitée par la frustration d'une sexualité immédiatement impossible, est l'activité mentale par laquelle la mère opère cette transformation positive. En termes simples, on peut dire ici que la mère anticipe le sens des productions de l'enfant. Dans ses gesticulations désordonnées, dans ses grimaces, dans ses cris ou dans ses excréments, elle perçoit une adresse à son égard, une démarche qu'elle charge d'intentions et qu'elle restitue à l'enfant, avec la musique de sa parole. Ce qu'elle fournit donc, avec la nourriture et le confort somatique, c'est un environnement psychique, un premier capital de significations où les projections de l'enfant commencent à se relier en séquences organisées qui prennent de plus en plus une valeur symbolique, c'est-à-dire qui renvoient à autre chose qu'elles-mêmes dans un système d'échanges vectorisés selon une intentionnalité.

De toute cette expérience préverbale, il ne nous reste rien. C'est pourquoi il est difficile de la mettre en mots. C'est pourquoi aussi Bion avait été acculé à user d'un langage abstrait analogue aux mathématiques. Il désignait sous le nom d'éléments bêta les excréments du nourrisson que la mère accueille et transforme dans sa rêverie. Il appelait éléments alpha la restitution maternelle des éléments bêta transformés. Les éléments alpha avaient, selon lui, la propriété de s'articuler entre eux en réseau et de former, à l'intérieur du psychisme de l'enfant, une instance métabolisatrice et psychisante intériorisée, construite sur le modèle de la rêverie maternelle, la fonction alpha, qui nous permet toute la vie de transformer nos émotions primitives et les données des sens en pensée. Il est vain en effet, selon le neurophysiologiste Gerald Edelman, de vouloir retrouver ces expériences primitives, aussi vain que de prétendre que l'eau a une mémoire. La maturation du système nerveux est progressive, et il est impossible que subsiste des « traces mnésiques », comme une sorte de négatif photographique archivé, qui attendrait d'être révélé. En revanche, le cerveau ne cesse jamais, au cours de multiples évocations, de se raconter son histoire et, chaque fois, de la reconstruire. Dans le schéma proposé ici, ce récit est d'abord un récit de la mère sur l'enfant, avant de devenir le récit de l'enfant sur lui-même. La rêverie maternelle, comme j'ai essayé de le montrer ailleurs, a, en effet, trois caractéristiques : c'est un récit, c'est un récit destiné à un tiers, c'est un récit source d'un plaisir spécifique¹⁰.

La mère, en rêvant en présence de son bébé, traduit, à son usage, le comportement de l'enfant dans ce langage intérieur qui, une fois établi, ne s'arrête jamais et se prolonge sous des formes variées, la nuit comme le jour. Dire de la rêverie maternelle qu'elle est un récit, c'est postuler qu'elle a une forme verbale. Grâce à un travail de traduction, les actions du bébé sont reliées à des mots. Mais ces mots que la mère met sur les agis du bébé sont plus qu'un simple lexique. Ils ne se limitent pas à un décodage, terme à terme, où tel acte viendrait recevoir telle désignation. Les mots de la mère sont unis par une syntaxe. Ils s'arrangent selon une temporalité, un avant, un pendant, un après, que représentent les temps du verbe. Unis par des conjonctions et des prépositions, ils se succèdent

¹⁰ Cf. J. Hochmann, « Les fondements autoérotiques de la pensée », *Journal de psychanalyse de l'enfant*, n° 14, 1993.

selon une causalité, en fonction d'une intentionnalité, et l'action qu'ils décrivent occupe un espace¹¹. C'est dire que, dans ce récit, tout ne peut trouver place.

Certaines expériences sont indicibles, au-delà des mots (« nameless dread », « la terreur sans nom », disait Bion, pour désigner certaines émotions du nourrisson). D'autres font sauter les cadres syntactiques. Elles dépassent les possibilités du récit. Elles sont proprement inénarrables. La rêverie maternelle opère donc une sélection dans le matériel du bébé et ne retient, a priori, que ce qui est compatible - au sens moderne des logiciels d'ordinateur - avec les règles générales du fonctionnement mental humain, hérité de la phylogénèse, avec les contraintes d'une culture donnée et avec les capacités variables qu'a la mère, en fonction de sa propre histoire, à contenir et à transformer les projections de son enfant. Le reste, rejeté, constituerait cet ensemble obscur qualifié par Piera Aulagnier d'« originaire ». Il émergerait parfois sous la forme d'instantanés incompréhensibles par le sujet et sans liaison avec le reste de son fonctionnement psychique. Piera Aulagnier appelait « pictogrammes » ces parasites de la vie mentale.

Dans l'hypothèse que j'essaie de soutenir ici, à la suite des travaux de Bion, l'originaire n'est pas entièrement inaccessible. Formé des éléments bêta projetés par l'enfant et qui n'ont pu trouver une traduction verbale, il connaît une transformation sémantique d'un ordre différent que je propose de qualifier de métaphorique. Lorsque le langage du dictionnaire fait défaut, soit qu'il n'y ait pas de terme dans la langue pour désigner un élément de la réalité physique, soit que les mots soient impuissants à communiquer une émotion, le locuteur devient poète. Il a recours aux figures de rhétorique et en particulier, à la métaphore. Au XVIII^{ème} siècle, dans son fameux *Traité des tropes*, le grammairien Du Marsais disait d'elle (après Aristote) qu'elle était « une figure par laquelle on transporte pour ainsi dire la signification d'un nom à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une comparaison qui est dans l'esprit. Un mot pris dans un sens métaphorique perd sa signification propre et en prend une nouvelle ». Au sens premier du nom, « ce pourquoi il a été établi » s'ajoute donc un sens figuré, dérivé d'une association entre l'idée principale et une idée accessoire qui lui est liée, non seulement dans l'esprit du locuteur mais encore dans celui de son interlocuteur, au sein d'une culture donnée. Ce qui fait qu'il est généralement difficile de traduire une métaphore d'une langue dans une autre, et que les « private jokes », ces métaphores intimes, réservées à un couple d'amants, à un groupe d'amis ou à une famille, sont incompréhensibles en dehors du contexte interactif où elles se sont forgées. La métaphore cherche, dit Du Marsais, à donner « de la vivacité et de la grâce au discours », pour éveiller l'attention, plaire ou persuader. Au service de l'éloquence, elle a aussi pour fonction de transmettre « l'énergie » d'un mouvement de l'imagination. Elle éveille des passions en écho aux nôtres et fait sentir à autrui ce que nous ressentons. Elle est vecteur d'empathie. Écoutons encore Du Marsais : « L'expression figurée [...] est même ordinairement plus vive et plus agréable, parce qu'elle réveille plus d'une image, elle attache ou amuse l'imagination et donne aisément à deviner à l'esprit ». Le transfert métaphorique, la sommation et le mouvement d'images qu'il détermine, le plaisir qu'il donne, la curiosité qu'il entraîne, permettent de susciter en autrui un sentiment comparable à celui qui anime le locuteur. Il apporte à la liaison représentation de mot-représentation de chose, un surplus d'investissement, en termes freudiens : une « prime de séduction ». C'est que la métaphore, liée à la sensorialité, attache le corps et la parole, l'affect et la représentation. Elle donne chair aux abstractions et les fait, selon Du Marsais, « toucher au doigt et à l'oeil ». Par sa magie, le langage prend du goût, une épaisseur, une musique, presque une odeur. Pour reprendre l'heureuse expression d'André Green, la métaphore est « représentant d'affect ». Paul Ricœur rappelle qu'à elle seule, elle est une histoire, et que, dans le mouvement métaphorique, les deux termes sont modifiés l'un par l'autre¹². Ainsi, quand je dis « l'homme est un loup pour l'homme », je ne me contente pas de transférer la signification loup, de l'animal, au sentiment de férocité, « en vertu d'une comparaison qui est dans l'esprit » (féroce comme un loup). Je donne à un terme abstrait une coloration concrète perceptible par les sens. Mais surtout, je raconte une histoire où, dans ce rapprochement, l'homme se « lupinise » en même temps

¹¹ Cf. J. Hochmann, « Les fondements autoérotiques de la pensée », *Journal de psychanalyse de l'enfant*, n° 14, 1993.

¹² P. Ricœur, *La Métaphore vive*, Le Seuil, Paris, 1975.

que le loup s'« hominise », pour laisser au bout du compte, en face de mon interlocuteur, l'image condensée du lycanthrope. Ainsi en est-il du récit maternel. Il commence par reprendre le gazouillis ou le cri du bébé, puis il se transforme peu à peu en un langage-bébé, une création où les néologismes abondent (Certains se fixeront, dans l'échange, pour désigner, par exemple, l'objet transitionnel, ce jouet en peluche, cette sucette ou ce morceau d'étoffe qui deviennent «nono» ou «vava», véritables créations linguistiques au lieu d'un mot manquant, sortes de catachrèse.) Il se sert des mots pour dire plus que les mots et ce que les mots, à eux seuls, ne peuvent pas dire. Daniel Stern a ainsi beaucoup insisté sur ce qu'il appelle la « transmodalisation », cette traduction par la voix maternelle d'un mouvement du bébé¹³. La voix de la mère monte du grave à l'aigu, alors que le bras de l'enfant s'élève. Elle ne se contente pas de dénoter par des mots l'intention de l'enfant - atteindre un objet élevé. Elle connote, dans une gamme ascendante, le mouvement lui-même. Par cette magie « transmodalisatrice », le geste devient musique et la parole mise en acte, geste et voix s'unissant pour désigner un tissu commun de l'échange, une élation partagée, ce que Daniel Stern, encore, appelle un affect commun de vitalité.

La métaphore, au sens élargi où je l'entends ici, la métaphore originaire, « inouïe » comme disait Ernesto Grassi¹⁴, est donc à la racine de l'intersubjectivité. Semblable à ces rêves inauguraux d'une psychanalyse qui contiennent en condensé, la problématique qui se déroulera dans la cure, elle rassemble les éléments déployés ensuite dans le récit de la mère. Celui-ci, comme tout récit, a un destinataire dont l'existence contribue à lui donner forme. Une histoire doit toujours obéir, je l'ai dit, à des conditions de narrabilité. Elle est en puissance, racontée à quelqu'un et s'organise en fonction de ce quelqu'un d'une manière telle qu'elle pourra lui être racontée. Le destinataire n'a donc pas que la fonction passive d'une écoute. Sa présence, à l'horizon plus ou moins lointain du narrateur, l'anticipation de la transmission qui lui sera faite, structure activement l'histoire elle-même. Le destinataire du récit est ici une figure complexe où se condensent le géniteur de l'enfant, le partenaire sexuel (ce n'est pas forcément le même), mais aussi le père de la mère, sa mère, voire toute sa généalogie avec le cortège inconscient de ses imagos. C'est comme objet d'un désir ambigu, à la fois objectal et narcissique, que le destinataire joue un rôle dans la rêverie maternelle. Curieuse position que la sienne: d'être désiré, il est absenté ! Le destinataire est, en effet, à la fois présent et absent, là et pas là. Dans un travail récent, se référant aux modèles mathématiques de R. Thom, Didier Houzel propose de considérer la mère, dans la relation précoce qu'elle a avec son nourrisson, comme un « attracteur ». De même qu'une vallée attire vers sa déclivité les eaux en provenance des montagnes qui la bordent, de même la mère, par sa présence, attire le regard, les affects, les mouvements, les expressions et les excréments, puis les pensées du nourrisson qui l'inscrit comme objet de satisfaction, dans la visée de son élan pulsionnel¹⁵. J'ajouterai que cet attracteur maternel, pour être justement attracteur, n'est pas que simple présence. Il est à son tour attiré, organisé dans son flux, par une absence, celle du tiers, vers lequel la mère projette, de manière anticipatoire, le récit en gestation des moments vécus avec le nourrisson. Figure indécise de la rêverie, le tiers n'est pas encore nommé ni désigné. Il reste donc comme un creux dans la parole maternelle et un inconnu pour l'enfant. Celui-ci, pris dans un mouvement métaphorique qui lui échappe, comme il échappe en grande partie à l'activité consciente de la mère, est soumis à une division, à une sorte d'aliénation fondamentale. Le sens ajouté par la traduction maternelle à ses premières productions, quand elles viennent se lier aux représentations verbales et non verbales de la mère, est un sens pour autrui. Le Grand Autre transcendantal, devant lequel on s'est tant prosterné, et l'assomption trompeuse du sujet dans le miroir pourraient trouver, dans cette conception d'un récit sur l'enfant, organisé préconsciemment et inconsciemment par la mère à l'intention d'un tiers absent, une forme plus incarnée et plus compréhensible. On y trouverait aussi de quoi soutenir, contre la mode d'un trop-plein de discours à l'enfant, l'éloge d'une certaine discrétion dans les rapports mère-bébé. Les

¹³ D. Stern, *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, trad. fr. PUF, Paris, 1989

¹⁴ E. Grassi, *La Métaphore inouïe*, Quai Voltaire, Paris, 1991

¹⁵ D. Houzel, « Pensée et stabilité structurelle à propos des théories post-kleinienne de l'autisme infantile », *Revue internationale de psychopathologie*, n° 3, 1991

vieux professeurs d'éloquence n'enseignaient-ils pas un « art de se taire ». Une forme de silence et de mystère est indispensable au bon fonctionnement de l'attracteur. L'inconnue et l'absence du tiers sont essentielles à la production du récit. Si le tiers était simple et non énigmatique, le récit en serait appauvri. Il manquerait de résonance. Si le père était là, la mère penserait à autre chose et ne rêverait pas à son enfant. Selon la formule de Michel Fain et de Denise Braunschweig, elle redeviendrait amante¹⁶.

Le plaisir que procure à la mère la fabrication de son récit, s'il est de nature érotique, est, en effet d'un ordre différent de celui de la jouissance sexuelle. C'est, pourrait-on dire, un plaisir suspendu, anticipation d'un plaisir à venir avec le partenaire, chargé de libido mais d'une libido qui se retourne sur elle-même, qui devient, selon le mot de saint Augustin, plaisir d'aimer et non plaisir d'amour. (« Non seulement j'aimais, non seulement j'étais aimé, mais j'aimais aimer » confessait l'Évêque d'Hippone en se souvenant de son adolescence tourmentée.) En fait, le désir se décharge toujours, en partie, dans la relation avec l'enfant. On sait, depuis Freud, le caractère séducteur des soins maternels. Aucune mère n'évite de jouir érotiquement de son bébé. Habituellement, toutefois, le récit intérieur de la rêverie interpose, entre l'enfant et la mère, comme un filtre protecteur, une sublimation originale qui s'exerce en toute méconnaissance de la nature sexuelle de l'expérience. Michel Fain et Denise Braunschweig ont insisté sur l'importance de cette méconnaissance dans la mise en latence des pensées excitantes et, par là, dans la constitution du préconscient. L'excitation mise en latence, la satisfaction renvoyée à plus tard, sont défléchies vers le partenaire sexuel « naturel » de la mère, destinataire du récit et, donc, du désir qui le sous-tend. En attendant, le désir revient sur soi, se décharge par petites quantités et engendre un plaisir mesuré. À ce retour et à ce suspens du désir, enchâssé dans la construction d'un récit et au plaisir qu'il donne, j'ai proposé de donner le nom d'autoérotisme mental. On peut discuter cette application du terme d'autoérotisme, puisque le plaisir ici naît du commerce avec un objet. Freud n'employait-il pas le mot seulement quand il n'y avait pas d'objet? Mais d'autres, en particulier Jean Gillibert dans un travail fondateur, nous ont engagés à mieux préciser la place, dans toute fantaisie autoérotique, d'un objet plus ou moins internalisé. Par autoérotisme mental, j'entends aussi quelque chose de l'ordre de ce qu'Evelyne Kestemberg appelait un « plaisir de fonctionnement », un plaisir pris avec l'appareil psychique en train de produire des pensées. Ce plaisir est un plaisir calme et tranquille, un plaisir teinté de nostalgie. Je voudrais m'arrêter un instant sur cet affect de nostalgie qui me paraît indissociable de toute activité narrative. Raconter quelque chose, c'est en effet, du fait même qu'on le raconte, se convaincre de la flèche du temps et se laisser pénétrer par le sentiment d'une perte. Tout récit est soutenu par ce que Freud, dans un de ses plus beaux textes, appelait le sentiment de l'éphémère, qu'on a traduit aussi par « passagèreté ». Devant l'inéluctable, disait-il, plusieurs réactions sont possibles. L'une, dépressive, consiste à ne s'attacher à rien puisque tout est destiné à disparaître, l'autre, psychotique, consiste à nier le temps et les pertes qu'il occasionne nécessairement. La troisième, celle du stoïcien que Freud ne cesse jamais d'être, revient à voir, dans leur caractère passager, ce qui, justement, donne du prix aux choses. Ainsi, dans le récit maternel, un deuil est au travail, deuil de ce qui va disparaître à jamais de l'instant privilégié vécu avec le nourrisson, deuil anticipé qui fera du moment des retrouvailles avec l'aimé, autour du berceau, le moment précurseur de la séparation. Or, ce travail de deuil - comme celui qui sous-tend une création littéraire - est un travail de consolation où ce que le philosophe Max Scheler appelait « la violente nostalgie du cœur » se transforme en plaisir. Le plaisir nostalgique est un plaisir d'évocation, pris avec son appareil mental en train de construire une histoire, un calme plaisir d'attente où la répétition et la régularité favorisent la mise en latence des excitations présentes et à venir. Freud dénommait pare-excitation cette fonction d'habituation qu'il comparait à la constitution de la couche cornée. De même, grâce au plaisir redondant de sa rêverie, la mère se protège des stimulations excessives et se console de ses pertes et de ses renoncements. En même temps, elle

¹⁶ D. Braunschweig et M. Fain, *La Nuit et le jour*, Paris, PUF, 1975.

protège son enfant en lui proposant et en partageant avec lui un espace de familiarité et de fiabilité où le temps s'abolit. C'est tout ce complexe qu'elle transmet à son bébé quand elle le console à l'aide de son bercement ou de sa caresse. Toutes les mères le savent, il est difficile de donner la tétée à un nourrisson, à l'acmé de sa faim, quand l'attente a été trop longue. Le bébé se jette alors sur le sein ou sur le biberon avec une envie qui détruit l'objet de son désir. Pour pouvoir être utilisé, l'objet doit d'abord être reconstruit, réparé. En berçant son enfant, en le caressant, la mère, en s'apaisant elle-même, l'apaise et le ramène au calme. Ce qu'elle restitue à l'enfant par ses activités consolatrices, c'est la possibilité de retrouver dans la réalité un objet satisfaisant qui est resté contenu dans sa rêverie, comme dans un conservatoire où, sans être consommé, il gardait néanmoins la dimension imaginaire d'un objet de plaisir. Ce qu'elle lui apporte aussi, avec le plaisir qu'elle éprouve à le nettoyer, à le langer, à le nourrir, de lait et de mots, soutenus par les images de son visage mobile et expressif, et avec le récit qu'elle s'en fait et qu'elle lui fait, c'est un investissement érotique du corps. À l'origine, le corps du bébé est troué et ses orifices n'ont pas de destination et de polarité particulières. Le bébé incorpore et rejette, dans le même mouvement, et ne distingue pas de fonctions spécifiques dans ses trous. Sa bouche, son anus, ses yeux, ses narines, ses oreilles, sont confondus. À travers les soins maternels et la forme d'investissement particulière de chaque zone, il découvre que le plaisir d'absorber est différent de celui de retenir et d'évacuer, que les excitations orales, visuelles, olfactives, auditives sont de natures différentes, même si elles tissent entre elles une série de correspondances, comme dit le poète, entre les couleurs, les parfums et les sons. Que se passe-t-il, en effet, du côté du bébé et comment s'approprie-t-il la rêverie maternelle ? Le suçotement du pouce fournit ici un modèle utile. Pour la clarté de la démonstration, on peut le décomposer en deux expériences étroitement conjointes :

— Le pouce dans la bouche, objet discret aux contours précis, vient combler un manque. Il remplace concrètement le sein absent et aide l'enfant à halluciner, de manière compensatrice, la satisfaction de sa tétée. Ce n'est pas encore un symbole, simplement un objet substitutif du désir, comme le sera plus tard, en partie, l'objet transitionnel ;

— Mais en même temps, en caressant sa joue, en passant alternativement ses autres doigts devant ses yeux, en tripotant de son autre main, avec un rythme lent et soutenu, un morceau de couverture ou son premier jouet, en émettant des bruits de gorge, l'enfant crée alentour une brume métaphorique, un vague illusoire et lâche, où flottent des esquisses d'images dans un continuum indéfini.

Ainsi s'établissent deux lignées de plaisir : le plaisir clonique de décharge, le plaisir tonique de consolation. Le premier est contemporain de la jouissance, par essence discontinue, le second rétablit la continuité et forme tout autour un étayage auquel les jeux sexuels préliminaires de l'amour donneront sa pleine signification. Marcel Proust décrit magnifiquement cet étayage, dans un passage où il se remémore, avec une odeur de renfermé, « un plaisir consistant auquel je pouvais m'étayer, délicieux, paisible, riche d'une vérité durable, inexplicée, certaine ». Dans ce qu'il a perçu de la rêverie maternelle, l'enfant a trouvé les racines de ce plaisir calme, inexplicé mais indiscuté et certain. Il le recrée à son usage, en utilisant le conglomérat psychosomatique qui est alors à sa disposition : le rythme de sa motricité élémentaire, l'autostimulation visuelle, auditive, olfacto-gustative et tactile, ses ébauches de pensée, bref, l'activité autoérotique indispensable à la formation de son moi corporel. En s'identifiant à sa mère rêveuse, l'enfant protège l'objet nourricier des effets de sa haine.

Les interactions consolatrices, entre le bercement de la mère et le suçotement de l'enfant, recréent ainsi, avec un retour au calme, les conditions d'une satisfaction. La rêverie maternelle et l'autoérotisme de l'enfant, en écho l'une par rapport à l'autre, forment un réseau d'identifications croisées, réparatrices, un autoérotisme à deux, qui rend la jouissance possible. La mère et l'enfant sont alors, l'un pour l'autre, objet d'élection, pris dans l'illusion d'une dualité, exclusive de ce qui n'est pas elle. Cette illusion, Freud la projetait sur son passé en affirmant que les grands hommes avaient été souvent les préférés de leur mère et que cette préférence fondait la confiance en soi.

Winnicott, lui, parlait de la « préoccupation maternelle primaire » comme d'une folie ordinaire par laquelle les mères confirment leur enfant dans son sentiment d'élection. Collectivement, c'est aussi l'illusion du Peuple Élu lorsque, dans une de ses plus déchirantes prières, il cherche une consolation auprès d'un Dieu plein de miséricorde, en usant d'un terme hébraïque, qui signifie aussi matrice.

Le sentiment d'élection est alors ce qui permet d'appréhender le monde des objets. Un objet concret, réel, l'objet propre du besoin, n'est jamais plaisant. Il est trop différent de l'objet attendu. Pour s'emparer de son objet, l'enfant doit exercer un effort, dépenser une énergie plus grande que celle nécessitée par une hallucination de désir. Et l'effort est pénible. L'objet réel serait donc continuellement frustrant, sollicitant de manière préférentielle les forces de destruction, s'il n'était, au préalable, « transitionnalisé », enrobé d'illusion. Choisi et nommé par la parole maternelle, objet d'un plaisir d'évocation, métaphorisé, il devient consommable parce que l'écart entre sa préconception et sa réalisation est comblé de rêveries qui le rendent familier. Plus exactement, c'est cet écart qui rend la rêverie possible. Un objet parfait, une idole, apaiserait toutes les faims, étancherait toutes les soifs, mais anéantirait aussi toute transmutation et toute création. L'écart est donc investi en lui-même, comme permettant l'identification au plaisir de la rêverie maternelle. L'attente et la mise en latence de l'excitation prennent la valeur positive de sources d'une figuration qui va se développer en joie d'apprendre et de connaître.

La consolation, en effet, doit rester imparfaite et ne se compléter que sur un mode imaginaire. Sinon, l'élément de stabilisation nécessaire qu'elle introduit dans la relation, la compulsion de répétition qu'elle utilise à son profit, l'emporteraient. La mort connaîtrait sa victoire. Dans la paix du tombeau, toi qui m'as consolé, Rends-moi le Pausilippe et la mer d'Italie.

Gérard de Nerval, « le ténébreux, le veuf, l'inconsolé », peut continuer à chanter « sur la lyre d'Orphée » et à rêver « dans la grotte où nage la sirène » parce que son désir n'est pas assouvi, parce que la « tour abolie » n'est pas entièrement reconstruite, parce qu'il prend le risque, vital dans son cas, de regarder en face « le soleil noir de la mélancolie ». Pour être efficace, le soin consolateur laisse subsister un nécessaire quantum de souffrance, sans lequel un processus actif de cicatrisation serait impossible. Il faut souligner ceci, au risque de se répéter: la réparation qu'offre une activité consolatrice n'a de valeur que symbolique. N'est consolateur que ce qui laisse subsister un manque. La mère, en recevant un apport libidinal de son enfant, qui l'investit et projette en elle ses besoins, ne restitue pas tout par ses soins. On l'a vu, les désirs éveillés en elle à l'occasion des soins maternels ne peuvent entièrement se satisfaire sur place. L'inévitable excitation sexuelle qu'entretiennent le corps à corps avec le bébé et la tétée (ou tout ce qui en tient lieu dans l'allaitement artificiel) ne peut être déchargée immédiatement. Mise en latence, elle trouvera plus tard, avec un autre partenaire, sa satisfaction. Le plaisir pris avec l'enfant devient occasion repoussée de plaisir avec un autre. L'enfant, à sa manière, confusément, pressent cette incomplétude, cette impuissance à satisfaire sa mère à lui tout seul. Le pressentiment du tiers nécessaire est, déjà, au sein même de l'illusion, brisure de cette illusion. Mais c'est justement cette imperfection qui éveille son propre désir, qui sollicite ses potentialités créatrices et qui, de manière encore embryonnaire, met en route ses propres processus de consolation, sa capacité à transfigurer les insuffisances et les failles et à rétablir, par-delà les ruptures qu'entraîne, l'émergence des besoins non satisfaits, une continuité narrative, une fiction personnelle qui tient lieu, pour la vie, de colonne vertébrale psychique. Ainsi commencent les processus de symbolisation.

Histoires de consolations

Le petit ours n'avait plus de couleur. Maintes fois reprisé, rapiécé, recousu, il était difficile de savoir à quelle espèce du genre peluche il avait jadis appartenu. Son origine se perdait dans la nuit des temps. On disait, dans la famille, qu'il avait été ramené par le père, alors au service militaire, d'un arbre de Noël pour les enfants des soldats. Sa propriétaire, une jeune personne de cinq ans, passait avec lui ses nuits et, malgré de nombreux autres jouets, lui restait fidèle depuis avant la fin

de sa première année. Elle l'emmenait avec elle dans ses déplacements les plus importants. Un voyage à Rome avec les grands-parents valut au petit ours son baptême de l'air et une visite du Forum. C'est là que le drame se noua. Il tient en peu de mots, annoncés par une voix d'enfant entrecoupée de sanglots : « On a perdu le petit ours. » Le premier soir fut tragique. La petite fille était inconsolable, donnant tous les signes d'une extrême détresse qui contaminait son entourage. À ceux qui, maladroitement, lui proposaient (trop tôt) un jouet de remplacement, elle déclarait, pleine de colère, crispée sur sa souffrance : « Mon ours ne peut pas être remplacé. » Elle accusait aussi ses grands-parents, garants de sa sécurité, de lui avoir laissé emporter son ours. N'auraient-ils pas dû prévoir cette perte et l'empêcher, en lui enjoignant de laisser l'ours à la maison? Ainsi mis directement en cause, attaqués (et coupables), les grands-parents perdaient toute valeur consolatrice. La petite fille ne put, ce soir-là, se calmer qu'en téléphonant à ses parents, en obtenant par-delà les frontières, leur appui apitoyé et en leur faisant partager son bouleversement.

Le lendemain, à la première heure, le grand-père parcourut le Forum en tous sens, interrogea les gardiens, fouilla les poubelles et les buissons. En vain, l'ours devait rester à jamais perdu. À son retour, la petite fille connut un nouveau moment de désespoir et de haine. La veille, le grand-père, en promettant de partir à la recherche de l'ours, avait manifesté son doute quant au succès de cette quête. La petite fille tonna : « C'est ta faute, tu avais dit que tu ne le retrouverais pas, c'est ta faute si tu ne l'as pas retrouvé. » Elle évoqua avec déchirement le destin de l'ours, passant par le déni (« Non, ce n'est pas vrai, je le retrouverai, il va revenir »), à l'acceptation endeuillée (« C'est fini, je ne le reverrai plus ») avec des mouvements de révolte (« Je ne veux pas qu'il soit perdu dans les ordures. »). Elle se calma peu à peu. On évoqua alors avec elle le dessin qu'elle avait fait quelque temps avant de partir : un portrait de l'ours épinglé dans sa chambre. Elle parut trouver un premier apaisement à cette évocation. Elle se mit alors à raconter, avec tristesse, la légende familiale de l'origine de l'ours, le service militaire de son père. L'idée du remplacement, parallèlement, faisait son chemin. On partit pour un magasin de jouets. Plusieurs peluches l'intéressèrent. Elle finit par jeter son dévolu sur une belle chatte blanche qui tenait une souris dans sa bouche et qui avait pour elle quelque chose de familier : son nom de marque était celui d'un autre de ses jouets. En rentrant, la chatte serrée contre elle, elle se mit à évoquer l'ours, mais sur un mode euphorique, un peu excité. Elle l'appelait comme un esprit qui aurait flotté autour d'elle, lui parlait. Elle expliqua qu'il était maintenant à l'intérieur de la chatte et qu'elle pouvait ainsi le garder avec elle. Quelques jours plus tard, revenue chez ses parents, elle dessinait un nouveau portrait de l'ours avec un cœur tout noir : « Il est méchant, disait-elle, il m'a abandonnée ». Aujourd'hui, l'ours est devenu un souvenir un peu douloureux, mais surtout une histoire qu'on peut raconter et que la petite fille, parfois, au coin du feu, en jouant, discrètement se raconte à elle-même. Que dit-elle alors, qu'en dit-elle ? C'est son secret...

La psychanalyste anglaise Hannah Segal a écrit du symbole qu'il était « une précipitation du deuil de l'objet »¹⁷. On voit, dans cette histoire, la nécessité d'un travail de deuil avant qu'un objet substitutif - la chatte blanche - puisse venir remplacer (symboliser) le jouet perdu. Ce travail de deuil reproduit en accéléré toutes les étapes classiques du deuil, la projection sur les autres, le déni, la révolte, l'exaltation maniaque des retrouvailles avec un objet mythique (l'ours immatériel quasi halluciné), l'identification projective de l'ours à l'intérieur de la chatte, l'expression de l'ambivalence. Ces étapes sont prises dans un faisceau narratif, une histoire des origines à nos jours, qui avec l'activité représentative (les dessins), permet de maîtriser les angoisses dépressives. Ce qui est caractéristique de l'enfance, c'est le rôle particulièrement important, dans ce processus, de ce qu'on pourrait appeler les objets tutélaires (grands-parents et parents) avec, à un moment, une division du travail, qui permet aux uns de servir de conteneur à la projection haineuse et omnipotente, et aux autres d'instance réparatrice.

¹⁷ H. Segal, *Dream, Phantasy and Art*, Tavistock Routledge, London, 1991.

C'est à cet usage des objets étayants et contenant qu'il faut réserver le nom de consolation. La consolation est cette activité de soutien qui permet à l'endeuillé d'introjecter progressivement l'objet perdu, de détacher de lui sa libido et d'être libre pour de nouveaux attachements, en d'autres termes de faire un travail de deuil, en d'autres termes encore de mettre en route, à l'intérieur de lui, une activité narrative, une remémoration active et créatrice du passé perdu, bref, une autoconsolation.

L'enfant psychotique a les plus grandes difficultés pour s'engager dans un pareil mouvement. La perte d'un jouet donne lieu, chez lui, à une désintégration autrement dramatique. Elle est perte d'un morceau de soi-même. Parfois, elle est paradoxalement scotomisée, de manière préventive. Elle n'est jamais reprise spontanément dans un récit nostalgique. C'est que l'enfant psychotique fonctionne sur le registre de ce qu'Hannah Segal a appelé l'équation symbolique. Pour lui, le symbole ne représente pas la chose symbolisée, il est la chose même. Entre ces deux étapes - l'équation symbolique et la représentation symbolique -, l'histoire du petit ours nous permet de mettre en évidence une étape intermédiaire où l'objet symbolique, transitoirement, contient la chose perdue. Si le symbole achevé est un cénotaphe, un monument commémoratif dont le corps mort est absent, le présymbole, dont ici il s'agit, est un sépulcre, le corps y est encore présent, au moins sur le plan imaginaire. Cette étape présymbolique, on l'a vu chez la petite fille, est habituellement fugace. Rapidement, la chatte blanche tient lieu de l'ours perdu, le rappelle, mais ne se confond pas avec lui et ne le contient plus. Certains enfants se fixent à ce moment intermédiaire. L'objet symbolique reste alors un fétiche qui, dans son immuabilité, doit garder pour l'éternité la corporéité du temps perdu. Il est des stéréotypies ou des délires qui ont aussi cette valeur funéraire.

Un groupe d'enfants psychotiques, soignés depuis longtemps dans un centre médico-psychologique, devait déménager, avec ses thérapeutes, vers de nouveaux locaux. Une activité fut alors programmée. Pendant plusieurs mois, une fois par semaine et en compagnie des soignants, les enfants se rendaient sur le chantier où ils suivaient l'édification de ce qui allait devenir leur nouveau lieu d'accueil. On prenait des photos, on relevait les plans, et ces éléments matériels permettaient de soutenir, un autre jour de la semaine, un compte rendu que les enfants devaient faire, avec l'aide des soignants, à une orthophoniste restée au logis. À travers cette activité, les enfants (et les soignants avec eux) se préparaient au changement. Celui-ci, néanmoins, ne se fit pas sans mal. Ainsi, une petite autiste refusa d'entrer, pendant plusieurs jours, dans le nouveau bureau de sa psychothérapeute. Celle-ci dut rester avec elle, dans le couloir. La petite fille, blottie contre elle, désignait, à côté dans l'espace, une forme hallucinée à laquelle elle donnait le nom de la thérapeute. Il fallut patienter, se montrer avec elle dans la glace, reprendre un à un les objets familiers, insister sur leur identité et raconter maintes fois l'histoire du déménagement, pour que cette hallucination, où se surimposaient probablement les traits de la thérapeute et les éléments de l'ancien décor, s'estompe et qu'elle reconnaisse une continuité entre l'ancien et le nouveau. Cependant, l'activité du groupe se poursuivait dans l'autre sens. Les enfants retournaient dans les locaux qu'ils avaient quittés, les photographiaient vidés de leurs meubles et continuaient à raconter à l'orthophoniste leur nouveau destin. Des travaux, entrepris par le nouveau locataire, les modifiaient rapidement. Un jour, ils trouvèrent quelques cloisons démolies. Ils se précipitèrent vers un tas de débris où ils se saisirent de morceaux de briques, encore recouverts de plâtre et des anciennes couleurs. Une petite fille emporta ce souvenir, qui trône encore chez elle comme une idole. Plus totémique dans ses réactions, Gabriel - un petit autiste - en dévora un morceau.

Le soin professionnel

Nos patients, en effet, ont tous en commun, quel que soit leur âge, une problématique du deuil. La consolation, pour eux, ne va pas de soi. D'où la tendance à vouloir les réparer dans la réalité et à restaurer ce qui leur manque, ou est supposé leur avoir manqué. J'ai dit la vanité de cet effort ainsi que l'erreur que feraient les professionnels en prétendant faire mieux que les parents. Le soin

maternel, dont j'ai essayé de montrer la fonction métaphorisante et consolatrice, ne peut servir d'exemple aux soignants professionnels que sur un plan métaphorique. Dans la formule de J.-J. Rousseau, placée en exergue, deux mots méritent d'être relevés : comme et jamais. « Elle me soigna comme une mère », mais surtout « comme jamais » une mère ne l'a fait ou ne le fera. S'il y a, entre le soin professionnel et le soin maternel, une analogie, il y a aussi une distance, la même que celle qui sépare le sens propre du sois figuré, le jeu de la réalité. Le soin professionnel, pour oser un raccourci, est une métaphore de métaphore. Il s'adresse spécifiquement à des patients dont l'évolution psychologique a gêné le développement d'une pensée métaphorique, ou dont la souffrance actuelle paralyse les possibilités de métaphorisation. Métaphoriser, mettre de la poésie dans la vie quotidienne, est, en effet, un talent qui s'acquiert progressivement et qui nécessite, pour s'exercer, un certain degré de liberté par rapport à l'urgence des besoins fondamentaux.

On peut gloser longtemps sur l'origine des difficultés métaphoriques qui affectent les malades mentaux. Une vulnérabilité biologique peut parfois être invoquée. Il existe, c'est aujourd'hui à peu près sûr, des familles où se transmet génétiquement un trouble de l'humeur, qui s'exprime tantôt sur le mode de la classique psychose maniaco-dépressive, tantôt sur celui, moins typé, des psychoses dites dysthymiques, dont l'apparition peut être précoce. L'hérédité de la schizophrénie est déjà moins certaine, encore qu'il y ait des arguments, là aussi, en faveur d'une susceptibilité. J'avoue, d'un autre côté, mal comprendre le brouhaha médiatique qui cherche à nous convaincre de l'hérédité de l'autisme infantile, quand je regarde mon expérience et celle de mes confrères. Sur la centaine d'autistes vrais - au sens de la description admise par la communauté scientifique internationale - que j'ai pu rencontrer dans ma carrière, aucun n'avait un parent, proche ou éloigné, atteint du même trouble.

Des travaux récents ont essayé de déterminer à quoi pouvait correspondre cette vulnérabilité biologique (qu'elle soit acquise ou innée). Les recherches s'orientent aujourd'hui vers la détermination de difficultés cognitives de base. Ainsi, dans certains cas d'autisme infantile, une équipe anglaise a mis en évidence un défaut de « théorie de l'esprit », c'est-à-dire de la faculté - précocement acquise au cours du développement - à se représenter l'activité mentale d'autrui, à penser l'autre comme un être pensant, prévisible et obéissant à des règles logiques¹⁸. Pour d'autres, il s'agirait d'une incapacité à lire et à interpréter correctement les émotions sur le visage de l'interlocuteur maternel¹⁹.

Un argument en faveur de cette hypothèse est la prévalence, dix fois plus importante, de l'autisme infantile chez les aveugles de naissance. Quelle qu'elle soit, cette vulnérabilité biologique n'a pas une relation causale linéaire avec la pathologie qui s'édifie sur elle. Elle-même peut être, dans certains cas, secondaire à un désordre émotif. On connaît, en effet, le rôle du stress sur le développement d'anomalies hormonales et immunitaires qui influencent, à leur tour, le développement du cerveau. Surtout, l'enfant et sa mère ne forment pas un ensemble inerte, soumis mécaniquement à la destinée. L'enfant construit sa personnalité, à partir de son fonds biologique, mais en s'appuyant activement sur le monde extérieur auquel il emprunte sans cesse des matériaux, en utilisant un processus psychique dont les bases organiques sont encore inconnues, mais dont on ne peut nier l'existence: l'identification. Dans ce monde extérieur, les parents représentent, par leur personnalité et leur histoire propre, des éléments essentiels. On a beaucoup accusé les psychanalystes de les culpabiliser. Certains propos outranciers tenus par quelques psychanalystes méritent, certes, d'être dénoncés. Mais est-ce culpabiliser indûment les parents que de reconnaître - avec eux, car ils n'ont pas attendu la psychanalyse pour cela - qu'ils ont une certaine responsabilité dans la manière dont leur enfant se structure, pour le meilleur comme pour le pire ? Responsabilité ne veut pas dire culpabilité, et parler d'une certaine responsabilité ne signifie pas que toute la responsabilité leur incombe. L'enfant, encore une fois, est un être actif. Il naît avec un équipement cognitif et pulsionnel variable. Il a plus ou moins de curiosité, plus ou moins d'appétit, plus ou

¹⁸ U. Frith, L'Énigme de l'autisme, trad. fr., O. Jacob, Paris, 1992

¹⁹ P. Hobson, Autism and the Development of Mind, Lawrence Erlbaum éd. Hove, 1993

moins d'agressivité innée, plus ou moins de capacités à attirer l'attention et à se servir de celle qui lui est offerte. Certaines mères sont déprimées, trop obnubilées par leur désordre personnel pour accorder cette attention initiale. Certains pères sont incapables de les soutenir ou de les écouter et sont des destinataires inscrits aux abonnés absents. Mais certains enfants projettent autour d'eux une angoisse et une détresse insoutenables, ou ne peuvent stimuler l'intérêt maternel, du fait de leur apathie native. Il est temps aujourd'hui de sortir des modèles étiologiques unidimensionnels, qui engendrent des guerres de religion plutôt qu'un travail coopératif et interdisciplinaire. L'avenir est probablement à des modèles complexes capables d'associer des facteurs multiples, d'ordre et de niveaux différents, et qui interagissent les uns avec les autres. Entre ces différents niveaux, organique, cognitif, psycho-affectif, il faut des points de passages, des articulations. Le travail de métaphorisation commence peut-être là²⁰.

Évitons de nous laisser contaminer par la pensée psychotique. Celle-ci est marquée par des clivages féroces et par ce que le psychanalyste français Paul-Claude Racamier a désigné sous le nom d'hyperréalisme. Peu ou prou, les psychotiques fonctionnent comme si les choses n'étaient que ce qu'elles sont et comme si les êtres animés étaient des choses inertes, immobiles et non reliées entre elles par des correspondances. La réalité, pour eux, est coupante et nette, les mots n'ont qu'un sens, sans profondeur et sans durée. Je me souviens d'un des premiers schizophrènes que j'aie connus : à la suite d'une déception sentimentale, il affirmait avoir le cœur brisé et réclamait un électrocardiogramme, avec le même sérieux que mettraient aujourd'hui certains chercheurs à limiter son trouble à l'accumulation d'un neuromédiateur au niveau de ses synapses. Léo Kanner, le psychiatre américain qui a le premier décrit, en 1943, l'autisme infantile précoce, avait déjà noté que les enfants autistes ne faisaient pas de comparaison et que, lorsqu'ils employaient un mot pour un autre, ce n'était pas pour jouer avec le transfert de signification mais pour désigner, de manière immuable, un objet ou une situation. Un petit autiste de ma connaissance avait ainsi remarqué que la porte du bureau de sa thérapeute était peinte en marron du côté du couloir et en blanc du côté du bureau. Il appelait marron tout ce qui était extérieur, blanc tout ce qui était intérieur. Ce Code était intangible et il n'aurait pas supporté qu'on lui dise, par exemple, que le marron pouvait évoquer les excréments (rejetés au-dehors) et le blanc, la couleur du lait (ingéré). Une telle interprétation, basée sur la possibilité d'allées et venues d'un mot à un autre, d'une situation à une autre, bref sur une association d'idées, aurait été contraire à toutes les règles de sa pensée unidimensionnelle. Il fallut un long travail pour que l'opposition marron-blanc perde les caractères d'une donnée brute et parvienne progressivement à désigner des sentiments de paix pendant la séance, d'inquiétude au moment des séparations, et, finalement, devienne l'élément d'un jeu complice, entre sa thérapeute et lui, et qui consistait à évoquer, nostalgiquement et avec humour, leur passé commun.

Cette mise en histoire commence en effet par le partage d'une réalité. Évhémère, un Grec du II^e siècle avant Jésus-Christ, affirmait que les dieux de l'Olympe étaient des rois dont les aventures réelles, agrandies et déformées avaient donné naissance aux mythes. Le soin est évhémériste. On ne peut pas soigner un psychotique, adulte ou enfant, sans faire d'abord quelque chose de réel avec lui. Ce faire - on l'a vu - peut se limiter à une lettre ou un certificat, à la prescription de médicaments. Avec un enfant, ce sera un jeu, une sortie, un repas. La réalité partagée soutient l'échange affectif et permet le maintien d'une relation signifiante et modérément gratifiante. Sans un apport positif, sans un effet de baume, la relation avec un psychotique risquerait, en effet, d'être persécutrice. Fussent-ils ses esclaves, et quel que soit le degré de son masochisme, un psychotique ne pourrait, comme Baudelaire, se satisfaire d'interlocuteurs dont « l'unique soin » serait « d'approfondir le secret douloureux » qui le fait « languir ». Sa souffrance est trop profonde, ses besoins trop oppressants, son intolérance à la frustration trop grande. Mais il convient que cette gratification reste limitée et j'ai maintes fois dénoncé l'illusion réparatrice, plus métonymique que métaphorique. L'élément de consolation, qui entre dans la chimie de toute action soignante, doit laisser, là aussi, persister une insatisfaction. Si ce qu'on fait avec un psychotique est souvent plus important que ce qu'on dit - car

²⁰ Cf. J. Hochmann et M. Jeannerod, *Esprit où es-tu ? Psychanalyse et neurosciences*, O. Jacob, Paris, 1991.

les paroles, pour lui, éclatent comme des bulles de savon, tour à tour fascinantes et inquiétantes-, ce qu'on ne fait pas est plus important que ce qu'on fait.

Surtout, il importe que le faire devienne un dire, qu'il s'articule, se transforme, se transmette dans une histoire. De Kohut à Carl Rogers, on a beaucoup insisté sur l'importance de l'empathie dans l'activité soignante, comme dans les premières relations entre une mère et son nourrisson. À mon tour, j'accorde une grande place à cette modalité primitive de communication, qui privilégie l'échange affectif sur celui des mots. Avec un psychotique - comme avec un bébé - l'échange affectif doit être incarné. Il s'étaie sur des gestes ou sur des choses partagées. D'autre part, pour être réellement structurant, il doit se dérouler dans une séquence temporelle et dépasser une simple synchronisation des affects. Le concept d'« enveloppe narrative » récemment introduit par Daniel Stern semble particulièrement opératoire. L'empathie n'est efficace que si elle est à l'origine d'un récit qui se déroule dans le temps. Au départ, c'est dans l'esprit des soignants que ce récit se construit. Il utilise les matériaux du vécu commun et les soumet au crible d'une théorie de référence, véritable matrice à fabriquer des contes. Grâce à la théorie, des événements anodins se relient entre eux et prennent un sens. Ils s'inscrivent dans une narration. Les actes les plus simples : la manière dont se confectionne puis se consomme un repas, le coucher, le lever, un entraînement sportif ou encore une sortie au cinéma, tissent ainsi, quand on sait observer ce qui se passe et relier entre eux de menus incidents, une trame significative. Ce morceau d'histoire peut être mis en relation avec le développement du patient et avec la dynamique des échanges au sein de sa famille, qui ont rythmé ce développement. On a trop confondu les données tirées de ces narrations avec des faits objectifs. Ce sont plutôt des hypothèses fragiles et provisoires, où les liens de causalités ont davantage pour fonction de maintenir la cohérence du récit que d'apporter une explication. Au fur et à mesure de la progression du soin, dans une situation donnée, ces hypothèses se modifient et diverses légendes se succèdent. Ni les unes ni les autres ne doivent être tenues pour des vérités scientifiques, mais plus pour une rêverie sur le mythe des origines. Le psychiatre clinicien est mal placé pour proposer une étiologie rigoureuse des troubles mentaux, travail qui revient à l'épidémiologiste, au biologiste ou, éventuellement, au généticien. Son objet est ailleurs, et les théories auxquelles il se réfère et qu'éventuellement il fabrique, cherchent davantage à donner de l'imagination aux soignants qu'à proposer une cause mécanique des troubles mentaux. D'où l'avantage des théories ouvertes qui permettent l'invention et le bricolage, et qui sont, pour celui ou celle qui les utilise, source d'un plaisir. L'auto érotisme mental, dont on a vu la place dans la rêverie maternelle, est essentiel aux soins. Le plaisir éprouvé par le soignant à mettre en histoire ce qu'il vit avec son patient, à lui donner sens et, ensuite, à le raconter, est le moteur principal du soin psychiatrique. C'est pourquoi je conserve personnellement une certaine défiance envers tous les dogmatismes, qu'ils soient psychanalytiques, systémiques, cognitivistes ou comportementalistes. Dès lors qu'un soignant a reçu un manuel du soin parfait ou de la parfaite pédagogie, dès lors qu'une langue de bois - il y en a sous toutes les latitudes - lui prescrit une réponse adaptée à toutes les questions et une action adéquate pour toutes les situations, il reste bien peu de place à la remise en route d'une pensée, figée par l'autisme ou la psychose. Il reste bien peu de place pour le plaisir, sinon pour celui, suspect, de la soumission à un chef ou à une doctrine. La fixation sur des positions anales n'est pas, ici, une attitude à conseiller. Je lui préfère, quant à moi, une certaine dose d'hystérisation, un art du spectacle et de la séduction, qui commence par se diriger vers ceux à qui on raconte l'histoire, l'équipe de travail, le superviseur, pour se faire plaisir et pour plaire, avant de revenir vers le patient.

Le moment de ce retour est délicat : ni trop tôt, ni trop tard. Le soin est une émotion contenue, et une répercussion trop précoce, sous la forme d'interprétations-boomerang et de traductions extemporanées du code psychotique, peut avoir un effet destructeur. On a beaucoup insisté, ces dernières années, sur la fonction de contenant, ou de conteneur, mise en évidence par W. Bion. Les projections du psychotique ont besoin de rencontrer, comme celles du bébé, une métaphore du sein, des personnes articulées entre elles dans une institution, qu'elle ait ou non des murs importants,

moins que l'échange de pensées qui les relie et les instituent dans leurs fonctions respectives. Dans cette « institution mentale », les pensées et les actes du psychotique sont accueillis et peuvent, pendant un temps, s'abriter. Elles y perdent de leur violence initiale, en devenant l'objet du plaisir des soignants qui acceptent de les contenir. Ainsi s'opère quelque chose comme une mise à la terre, où se décharge l'excitation destructrice qui leur était liée. En calmant en lui les remous contre-transférentiels occasionnés par le patient, avec l'usage qu'il fait de son activité de pensée et avec le plaisir qu'il prend à cette activité et qu'il prendra plus tard dans le récit qu'il en fera à ses collègues, le soignant calme son patient. Winnicott insistait beaucoup sur l'idée que, dans le soin, l'essentiel était de survivre, c'est-à-dire de ne pas s'abandonner aux manœuvres de rétorsion. Survivre aux attaques, sans attaquer à son tour, lier en soi le clivé, construire du sensé avec le non-sens, c'est faire de la déraison raison.

Je dois, ici, incidemment, corriger ce qu'avaient de trop abrupt certains de mes propos antérieurs. J'ai dit que je ne pensais pas qu'il y ait un transfert psychotique. J'avais raison si l'on conserve au terme son sens, freudien, d'illusion partagée laissant place à une désillusion acceptée. David Rosenfeld, psychanalyste argentin de psychotiques, insiste sur le fait que ce qu'il appelle le « transfert régressif » s'accompagne d'une absolue conviction²¹. Néanmoins, Freud nous l'avait déjà rappelé, après Pinel, aucun psychotique n'est entièrement fou. « Même dans un état aussi éloigné de la réalité du monde extérieur que celui d'une confusion mentale hallucinatoire, on apprend des patients, après leur guérison, qu'alors, dans un coin de leur esprit, comme ils disent, il y avait une personne normale cachée qui, à la manière détachée d'un spectateur, observait le tumulte de la maladie qui les traversait. »²² Ce « clivage du Moi », selon l'expression freudienne, laisse subsister, à côté de la partie malade, une partie saine susceptible de transfert. Il arrive ainsi, remarque Freud, qu'un jaloux délirant, malgré la force de sa conviction délirante, apporte à son analyste un rêve qui dément le délire. Tout est alors affaire d'équilibre. Si la partie folle l'emporte, la psychose s'installe. Elle régresse si la partie saine devient prépondérante, mais persiste dans l'inconscient, toute prête pour une nouvelle irruption. Qu'en faire alors ? La projection, par le psychotique, des images parentales sur les soignants ne souffre pas, au début du moins, d'être interprétée. Il faut un long travail préalable d'aménagement d'une aire de calme, travail qui comporte un certain degré de désamorçage des projections les plus violentes et les plus persécutatoires, dans une réalité modérément gratifiante partagée, pour que le patient, trouvant un certain agrément et une certaine sécurité dans la relation soignante, puisse accepter des interprétations de transfert. Dans un premier temps, l'analyse minutieuse et la mise en sens de la vie quotidienne, dont je parlais plus haut, constituent les fondations où une possibilité de transfert pourra ultérieurement s'ancrer. On doit savoir attendre longtemps, et parfois sans espoir, qu'apparaisse un insaisissable Godot. En revanche, il y a, dès le début, un contre-transfert ou, mieux, un ensemble de contre-attitudes suscitées chez les soignants par le comportement et le discours du patient. Le soin passe d'abord par l'élaboration de ce contre-transfert, la mise en histoire de ces contre-attitudes. Le contenant proposé au patient par l'équipe soignante n'est donc pas une simple boîte à idées, un réceptacle neutre et inerte. C'est un transformateur vivant, à l'intérieur duquel le matériel des patients s'accroît d'une valeur ajoutée par l'intérêt et l'attention des soignants et par le travail mental qu'ils font sur ce matériel. La représentation du tiers institutionnel dans ce transformateur est à une place de destinataire, analogue à celle du père dans la rêverie maternelle. Ce tiers institutionnel, sous ses multiples figurations, personnifiées par les différents membres de l'institution et par leurs fonctions diversifiées, incarne aussi la théorie de référence. Il y aurait tout un travail à faire sur le lien affectif avec la théorie, sur ce véritable transfert sur la théorie qui, pour les soignants analysés, peut être considéré comme un résidu du transfert sur l'analyste. Il alimente le plaisir à rêver et à métaphoriser le matériel des patients.

²¹ D. Rosenfeld, *The Psychotic. Aspects of the Personality*, Karnac books, Londres, 1992.

²² S. Freud, *Abrégé de psychanalyse*, 1938.

Les patients, avant même de recevoir des interprétations, sentent le plaisir qu'ils ont suscité et s'identifient à ce plaisir.

Devinant que leurs actes et surtout leurs idées sont, pour autrui, l'objet d'un intérêt et d'un plaisir, découvrant chez les soignants l'existence de souvenirs, de projets et de pensées qui les concernent, bref un espace psychique, ils peuvent commencer à trouver de l'intérêt à jouer eux-mêmes avec ce qu'ils ont dans la tête, c'est-à-dire à contenir en eux leurs affects et leurs représentations. Le processus psychotique - comme j'ai essayé de le montrer à plusieurs reprises - est en effet une anti-pensée. Il vise à éviter au sujet la douleur de penser, c'est-à-dire d'abriter des pensées contradictoires. Il permet aussi de lutter entre les angoisses de séparations liées à la pensée elle-même. Penser c'est en effet rendre absent ce à quoi l'on pense par le simple fait qu'on y pense. Se représenter quelque chose c'est remettre au présent ce quelque chose, et donc, en préalable, accepter de le reconnaître absent. Le psychotique ne peut s'y résoudre. Il lui faut s'identifier d'abord à un autre pensant - et prenant du plaisir à penser - pour apprivoiser ses propres pensées et cesser d'être persécuté par elles. Cette identification l'aide à sortir de l'hyperréalisme et à trouver ou retrouver le bonheur de la métaphore.

Préconiser un calme soignant, proscrire l'activisme, ne signifie donc pas que les soignants se comportent comme des notaires véreux qui laisseraient s'accumuler, à leur seul profit, les bénéfices réalisés par le placement en eux des projections des patients. Le temps de la restitution ne peut être repoussé indéfiniment. Néanmoins, pendant longtemps, cette restitution consiste davantage à s'offrir comme objet d'identification possible et à partager, avec le patient, un plaisir de rêverie et d'histoire commune. Elle consiste à se remémorer et à se raconter inlassablement ce qu'on a vécu ensemble plutôt qu'à traduire en mots les motions inconscientes qui sous-tendent ce vécu. J'ai proposé d'appeler conte thérapeutique ce préalable à l'interprétation²³. Il vise plus à montrer que ce qui se passe ici et maintenant peut avoir un autre sens, ou des sens multiples, à fournir à la réalité une connotation métaphorique, assortie de la transmission du plaisir à métaphoriser, qu'à donner un sens défini et qu'à rendre l'inconscient conscient.

Charles VI, quand il se fut épanché sur le sein d'Odette et quand il eut reçu son compte de caresses, apaisantes et douces, trouva plaisir à se remémorer ce qui s'était passé. Consolé et réconcilié avec lui-même, en un mot soigné, il écouta Michelet lui raconter son histoire et il la trouva triste et belle. Puis il voulut en savoir davantage sur lui-même et sur ce qui l'avait amené là. Il voulut mieux comprendre la somme d'érotisme et de désirs de mort qui continuait à le traverser. Alors seulement, ayant aménagé en lui une intériorité psychique, il se chercha un psychanalyste et entreprit, sur son divan, de se raconter à sa manière une autre histoire, la sienne.

²³ . J. Hochmann, Pour soigner l'enfant psychotique. Des contes à rêver debout, Privai, Toulouse, 1984.

Vieillir, devenir vieux

Qualifier quelqu'un de « vieux » nous semble choquant, comme un manque de respect, presque une insulte. Le mot n'a pas valeur d'objectivité, mais paraît d'emblée poser un jugement de valeur ; et très clairement dans notre civilisation, un jugement dépréciatif, dévalorisant. Aussi emploie-t-on fréquemment des euphémismes ou des formules toutes faites, chargées d'établir une certaine distance, comme si la question de la vieillesse, de l'âge, du grand âge ne pouvait pas être abordée sans gêne, sereinement et dans la dignité.

Qu'est-ce que la vieillesse aurait de si honteux en elle-même ? « La vieillesse est un naufrage », disait le général De Gaulle... On l'associe souvent à la décrépitude, d'abord physique, mais aussi mentale, psychique. C'est surtout à ce double titre qu'elle fait peur, et même qu'elle affole une époque qui semble obsédée par l'illusion d'une éternelle jeunesse, d'une éternelle bonne santé, et finalement d'une mort toujours reculée, d'une mort impossible, d'une mort qui ne serait qu'un échec médical que les progrès continus de la science et de la technique pourraient finir par vaincre. C'est oublier que la mort individuelle est ce qui permet la continuation de la vie, dont le sens tient, pour l'homme singulier, dans la conscience de son irréductible finitude.

La vieillesse est un âge naturel de la vie, comme l'enfance et la maturité. Chaque âge possède ses privilèges et ses charges, ses bonheurs et ses malheurs. Mais même s'ils sont marqués par des caractéristiques qui les distinguent, les frontières qui séparent les âges sont mobiles. Certains individus, comme les poètes et les artistes, semblent ne jamais vraiment quitter l'enfance, malgré le démenti de leur corps adulte. Quand est-on vraiment dans sa maturité ? A quel moment l'a-t-on dépassée ? Quand se transforme-t-elle en un déclin ? Où commence la vieillesse ? Celle du cœur et de l'esprit, comme celle des artères ou de la peau, dépend tellement de l'histoire propre de l'individu, qu'aucune statistique, aucune donnée chiffrée ne peut vraiment en rendre compte.

Le cinéaste contemporain Manoël de Oliveira, âgé de 105 ans, s'apprête dans une impatience juvénile à réaliser, en ce mois de janvier 2014, un nouveau film ! Tandis que la voix du sans-abri de 38 ans que j'ai récemment entendue dans un reportage, brisée par le tabac, l'alcool et le désespoir semblait celle d'un vieillard. C'est évidemment la violence de son exclusion hors de la société qui a fait vieillir prématurément cet homme livré sans défense aux cruelles atteintes du temps, alors qu'il semble épargner le cinéaste qui vit comme protégé dans la pérennité de son œuvre artistique toujours à accomplir. Mais il faudra bien pourtant qu'elle s'interrompe un jour, et que s'épuise le désir et la force créatrice de l'artiste ; car vieillir est le destin irréductible de tout ce qui est soumis au temps. Les choses singulières aussi bien que les êtres individuels sont condamnés à ce triomphe final de l'entropie.

Mais ce n'est une « condamnation » que si l'on reste dans l'illusion inquiète du refus du temps, c'est-à-dire du refus du mouvement, du changement et du devenir. Car vieillir est aussi un devenir, même si c'est sans doute devenir moins, jusqu'à cesser d'être. Encore que l'affaiblissement de nos ressources vitales, n'implique pas une diminution de notre puissance d'exister, de la réalité de notre

²⁴ Philosophe, Docteur en sciences de l'éducation, Lauréat de l'Académie de Médecine

être en soi. Et cesser d'être n'empêchera jamais que nous ayons été, que ce fait d'avoir été est une réalité éternelle, qui a participé dans des proportions que nous ignorons à la transformation et au mouvement du monde.

L'avènement de la mort, si ce n'est la maladie ou un accident ou drame de la vie qui la précipite, mais comme terme ultime du vieillissement, est un salutaire achèvement, le point final sans lequel la phrase ne peut avoir de sens. Ce n'est donc peut-être pas fondamentalement la mort qui nous inquiète dans le vieillir, puisque nous savons aussi qu'elle peut surgir à n'importe quel moment de la vie, mais cette vulnérabilité qu'induit la vieillesse, dont on craint qu'elle nous fasse perdre l'autonomie et la liberté sans lesquelles nous ne nous sentons plus homme. C'est la vieillesse comme effondrement de tout ce que nous avons élaboré en nous et dans notre rapport au monde que nous redoutons.

La question de l'autonomie dans le vieillir et dans la maladie

La vieillesse, en elle-même, n'est pas la maladie, n'est pas une maladie ; elle est l'accomplissement naturel d'un cycle dans lequel l'individu est pris et dépassé. Cependant on confond souvent vieillesse et maladie, parce que la vieillesse, et en particulier la vieillesse ultime, où s'affaiblissent les défenses vitales, est l'occasion du surgissement ou de l'aggravation de maladies qui peuvent mener à cette redoutée perte d'autonomie concrète, privant un individu de sa liberté de mouvement, de déplacement, parfois de parole, et, ultime déchéance, de mémorisation et de jugement. Face à cette réalité crue et implacable, ne reste à la personne que son intrinsèque dignité, et son droit imprescriptible à la voir respectée, même dans cette dégradation physique ou psychique où elle n'apparaît plus comme une évidence.

Qu'est-ce que respecter l'autonomie morale d'une personne qui a perdu toute autonomie concrète, voire toute autonomie psychique et mentale, et qui se livre nue dans ses symptômes ? Soigner c'est d'abord accomplir scrupuleusement les gestes de respect qui sont dus à tout vivant humain, au lieu de se laisser aller à la manipulation mécanique, peu bienveillante, parfois brutale ou maltraitante d'un corps sans défense et sans grâce. Ce peut être aussi lui épargner la violence de l'étiquetage technique strict qui le réduit à ses symptômes psychiques.

Ici, soigner, c'est donc respecter l'autre aveuglé et contre toute sensation, presque contre toute raison (en tout cas pragmatique). C'est s'acharner à maintenir dans le respect et la bienveillance une vie humaine qui n'en semble plus parfois que la caricature. On pourra alors s'apercevoir que, grâce à ce transfert d'humanité qu'est le vrai soin, le respect que l'on manifeste envers cette vie blessée, diminuée, lui redonne cette humanité qu'on avait tendance à lui dénier.

Il ne s'agit pas de l'acharnement médical à maintenir en vie à tout prix une personne de plus en plus écrasée par des pathologies qui s'enchaînent et se multiplient, et qu'on tente en vain de circonscrire, mais d'un entêtement éthique à la garder dans le respect, et je serais tenté de dire, dans l'affection qui lui est due. J'entends par affection le double fait d'être affecté, touché, et donc concerné par la vulnérabilité, la fragilité de l'autre, et de traduire cet affect par des gestes et des attitudes de réparation et de consolation. Mais c'est d'abord l'écouter et l'entendre comme sujet, c'est-à-dire comme être de relation ; relation aux autres, qui nourrit vitalement son humanité, et relation à lui-même, qui le déplace toujours par rapport à cela-même qu'il vit, et que nous ne faisons que saisir de l'extérieur – hors du mystère insondable de sa présence à lui-même.

Mais même avant ses phases ultimes, la vieillesse, en tant qu'état où se manifeste une part de faiblesse et de vulnérabilité, requiert du soin, et pas seulement des soins, c'est-à-dire d'abord une attention particulière, une générosité d'écoute et d'accompagnement particulière, comme le requièrent aussi l'enfance ou la maladie, états également caractérisés par une certaine faiblesse et vulnérabilité. Il s'agit de prendre soin de cette fragilité, de veiller sur elle, mais sans l'étouffer, sans la nier comme liberté, comme autonomie à construire dans le cas de l'enfance, ou à préserver dans celui de l'adulte malade ou vieillissant.

Il ne s'agit pas de prendre prétexte de la faiblesse de l'autre pour le garder indéfiniment sous tutelle, de vouloir faire son bien à sa place, car alors ce n'est pas son bien que l'on fait, mais plus vraisemblablement le produit maladroit d'une projection de l'angoisse induite en nous par sa souffrance. L'exagération de la vulnérabilité, un certain « dolorisme moralisateur », aliène la personne objet de ces soins bienveillants mais paternalistes et infantilisants.

L'infantilisation de la personne âgée est une pente naturelle du soin qui lui est réservé. En étant réductrice, elle protège le soignant de l'angoisse suscitée par la complexité et la singularité du « vieillir », mais prive la personne vieillissante de l'essentiel, qui est précisément ce qui, en elle, peut lui permettre d'accéder librement à son propre bien, y compris dans des situations de faiblesse et de vulnérabilité qui ne contredisent pas son statut de sujet libre. L'infantilisation, même bienveillante, du malade ou de la personne vieillissante, ou son objectivation clinique stricte, sont le contraire du soin.

Soigner vraiment l'autre et le respecter entièrement, c'est lui permettre de se soigner lui-même : de prendre soin de lui-même normativement, c'est-à-dire prendre soin de lui-même dans une visée de régulation et d'harmonisation de sa vie avec la maladie, ou de sa vie avec la vieillesse, de sa vie vieillissante. C'est l'aider dans sa compréhension intuitive et dans son ouverture naturelle au soin qu'on se porte à soi-même.

Prendre soin de soi normativement

Nous prenons beaucoup soin de nous-même, tout au long de notre existence. D'abord parce qu'on a pris soin de nous, quand nous ne le pouvions pas encore nous-même, et qu'ainsi nous a été montrée, concrètement, sensiblement, la légitimité, au-delà de la nécessité vitale, du soin que l'on doit à notre propre personne. Il arrive un moment dans le développement de l'enfant, où il a hâte de s'occuper lui-même des soins de son corps : de se laver lui-même, de s'habiller lui-même. C'est qu'il comprend que le soin qu'on se porte à soi-même fait partie de notre autonomie, de l'exercice responsable de notre liberté, et que dans son élan de vie, il a envie d'en user.

Mais le soin « normatif » est une dimension plus profonde et plus problématique du soin qu'on se porte à soi-même. Dans le domaine de la santé, la nécessité de la norme se fait sentir lorsqu'elle est défaillante ou lorsqu'elle change. La norme, au sens biologique, vital, c'est ce qui permet « le maintien et le développement de la vie », nous dit Georges Canguilhem, philosophe et médecin¹. La normativité est cette puissance créatrice, inhérente à la vie, de produire ces normes vitales.

Toujours pour Canguilhem, le vivant humain possède un prolongement conscient de cette normativité biologique, sous la forme d'une sorte de sensibilité au pathologique, d'abord comme douleur, souffrance, dérèglement, qui le pousse à l'éviter ou le corriger. Prolongement dans la conscience « plus ou moins lucide », ajoute Canguilhem, non seulement parce que le pathologique ne se manifeste pas toujours par des symptômes évidents, mais aussi parce que l'homme est un tout, et que les enjeux psychiques sont pour lui aussi vitaux que les enjeux biologiques, parfois même plus, et qu'ils peuvent entrer en conflit.

Ainsi peuvent parfois s'opposer une évaluation purement biologique, biomédicale, de la vie, et une évaluation proprement humaine, c'est-à-dire globale et réflexive. Si la maladie menace mon intégrité psychique, parce qu'elle m'effraie, remet en cause mon identité, je préfère parfois, pour un temps, la nier et refuser le traitement, qui est pour moi la manifestation de sa réalité. Un tel comportement, médicalement malsain, est en même temps « psychologiquement sain » ; il participe d'une démarche normative, qui n'a pas encore su s'ajuster, trouver le bon objet de soin, mesurer l'enjeu essentiel, au sein d'un conflit normatif qui se manifeste comme conflit de valeurs. Aussi l'expérience de la maladie peut être vécue comme crise normative, crise des valeurs.

Ce que j'appelle les potentialités auto-normatives du vivant humain sont, précisément, ces potentielles forces d'ajustement, cette potentielle capacité à évaluer du point de vue de la norme, de

la nécessité interne de la norme, mais d'une norme de vie globale, humaine, c'est-à-dire aussi relationnelle et réflexive. Ces tendances auto-normatives peuvent permettre de créer un compromis satisfaisant, de passer du conflit normatif au « débat normatif », c'est-à-dire de dégager « le préférable », qui n'est pas un absolu comme « le bien » ou « le bon », mais une dynamique d'ajustement, de régulation, qui est propre à l'expérience singulière du sujet qui la vit. Cette expérience complexe, c'est celle du soin normatif qu'on se porte à soi-même, parce que la maladie qui nous affecte le requiert, et qu'on a su l'entendre.

Il en va à peu près de même pour la vieillesse, c'est-à-dire pour la dimension normative du soin que la personne vieillissante se porte à elle-même. On ne peut pas dire que, dans le vieillissement, la norme soit vraiment défaillante : elle change ; la norme biologique aussi bien que la norme de vie globale. Elle n'est plus la même que par le passé, et c'est précisément cela qui est normal, au sens le plus fort ; car la norme de la personne vieillissante ne peut pas être celle du coureur de fond qu'il était peut-être dans sa jeunesse (et, j'allais dire, du « coureur de jupons »). Le sujet vieillissant vit donc, lui aussi, une crise normative, assez comparable à celle que vit le malade que frappe une affection chronique. Il lui faut admettre la nécessité interne de la nouvelle norme de vie qui s'impose à lui. C'est celle d'une moins grande et moins prompte capacité de réponse aux « infidélités du milieu » (comme le dit encore Georges Canguilhem), aux obstacles, aux surprises du devenir.

La norme de vie de la personne vieillissante c'est, globalement, un « devenir plus faible », qui semble rétrécir ses possibilités de vie. Mais à la différence de ce qui se passe souvent avec la maladie chronique, la tentation de la personne vieillissante n'est pas la révolte contre la nouvelle norme de vie qui s'impose à elle, ou son déni (encore qu'il soit possible, et qu'on puisse être tenté de masquer son âge, dont la vérité finit cependant toujours par apparaître). C'est plutôt une sorte de renoncement qui la menace, la tentation d'un certain fatalisme qui le priverait de toute possibilité de joie, comme voilée par une représentation trop négative du temps. Sans doute est-il très difficile de ne pas vivre autrement que comme une perte ce recul de la vitalité, mais, contrairement à ce qui se passe dans la maladie, où la perte de la norme, de la normativité est brutale et déstabilisante, le changement de norme dans le « vieillir » est plus lent, peut-être même très insidieux. Il procède par étapes qui ne sont pas toujours perçues autrement que par un regard rétrospectif. Et surtout, ce changement normatif est naturel, et n'apparaît donc pas comme « pathologique », comme contraire à la vie, même s'il consiste en un certain affaiblissement de la vitalité première.

Cette naturalité peut conférer au vieillissement un caractère beaucoup moins traumatisant que l'expérience de la chute dans la maladie chronique. L'expérience du vieillissement est universellement partagée par les êtres humains qui ont eu la chance de ne pas périr de façon anticipée ; celle de la maladie chronique n'est réservée qu'à ceux qu'elle a aveuglément frappés, elle semble injuste, alors que le vieillissement ne peut pas apparaître comme tel, même à celui qui le vit – sauf à éprouver une jalousie pathologique à l'égard de ceux qui sont moins avancés que lui sur le chemin de la vie. Le vieillissement partage cependant avec l'affection chronique la même irréversibilité qui heurte la sensibilité : il n'y a pas de retour possible à une situation antérieure, qui semblait plus favorable.

Mais c'est précisément là que se trouve la clef d'une possible liberté reconquise dans de nouvelles dimensions, même si elles semblent moins favorables que les précédentes. Si la maladie, par l'épreuve à laquelle elle nous soumet, peut être l'occasion d'une certaine sagesse, la vieillesse peut en être une sorte d'épanouissement naturel. La valeur que peut avoir acquise la perception de l'instant, du fait, non pas de sa rareté, mais du raccourcissement des perspectives de son indéfinie succession, permet sans doute de faire un certain tri. D'évaluer autrement la vie, de faire mieux le partage entre l'essentiel, le précieux, et le secondaire, le superflu, de corriger le brouillon paradoxal que la précipitation dans laquelle nous avons parfois mené notre vie, nous a fait imprudemment écrire.

Ce peut être évidemment le temps des regrets, souvent vains, à moins qu'ils ne soient des remords, dont il est peut-être encore temps de se délivrer dans un aveu, une conversion intime et manifeste, qui renoue un lien distendu, ou répare tant bien que mal une brisure. Mais tout homme vieillissant n'est pas nécessairement confronté à des abîmes moraux. La vieillesse peut être aussi, et plus sûrement, l'étape ultime d'un accomplissement de soi, par une sorte de fidélité à soi-même dont la longue durée est déjà comme un gage. Etre toujours là, dans la dignité de son existence accomplie, assumée, et s'en réjouir.

Alors la vie, peut-être, ne semble pas se réduire, mais comme se concentrer, s'affiner. Et la lenteur qui caractérise notre nouvelle « allure de vie », est la forme que prend le soin qu'on se porte à soi-même ; même si elle est plus lente, plus posée, cette façon de s'accorder du temps pour rester dans le flux du devenir, peut être aussi une façon de vivre le temps plus sereine, plus riche du prix reconnu, et aussi goûté, peut-être savouré, de l'instant vécu, s'il a la chance de pouvoir être partagé. Mais pour que ce bonheur soit possible, encore faut-il que la société reconnaisse la vieillesse dans toute sa dignité, et ne l'instrumentalise pas, lorsqu'elle est encore un marché potentiel auquel on demandera de rester dans l'artifice d'une absence d'âge, ou ne l'exclut pas purement et simplement, lorsqu'elle n'est plus rentable autrement que dans une mise à l'écart institutionnalisée qui lui retire toute dignité.

Soigner l'autre, se soigner soi-même jusqu'au bout, c'est être toujours une ouverture à ce qui advient, pour que même ce qui nous achève ne soit pas une clôture sur nous-mêmes, mais comme un ultime point de partage et d'échange entre ce qui s'éteint et ce qui continue de devenir.

LE TOUCHER PSYCHODRAMATIQUE : RELANCE DES FONCTIONS PSYCHIQUES CHEZ DES SUJETS DÉMENTES

M. MAURIN²⁵

Je tiens à remercier l'ARAGP ; en particulier M. Talpin qui, en tant que Président, s'est fait porte-voix de cette invitation. Ainsi que les membres de l'association pour leur accueil. J'ai rencontré l'ARAGP au cours de mon travail de doctorat intitulé et soutenu en novembre 2012. Dans mes recherches sur la démence, j'ai ainsi découvert que certains d'entre nous avaient su constituer un collectif de pensée psychanalytique du grand âge ; découverte qui je l'avoue, pour reprendre en partie la thématique de nos journées, m'a grandement consolée.

Ma présentation d'aujourd'hui est en lien avec une pratique de psychodrame que j'ai menée auprès de patients dits démentes. Psychologue au sein de 2 établissements pour personnes âgées dépendantes pendant près de 5 années, j'ai mis en place des groupes de psychodrame psychanalytique de groupe pour lesquels j'ai sollicité les patients présentant des symptomatologies de type Alzheimer et apparentées.

Je vais rapidement revenir sur les éléments de mon cadre théorique et méthodologique, pour me centrer ensuite sur l'évocation de situations cliniques. Mon propos sera alors de discuter avec vous des éléments d'observation et d'hypothèses que j'ai pu formuler à ce propos.

Contexte théorique

Du point de vue des apports théoriques, pour n'en citer que quelques-uns, je développe une pensée qui s'appuie notamment sur

Les travaux de Gérard le Gouès (1991) qui définit la démence en tant que régression du Moi du sujet.

La pensée de K. Duquenois-Spychala (2002), en particulier le concept de stratégies de suppléance du sujet dément.

- Le modèle de la trace psychique de Freud (1924) qui distingue 2 grandes formes d'inscriptions psychiques : les inscriptions mémorables ; et les inscriptions non-mémorables.

Le modèle de Piera Aulagnier (1975) qui propose 3 modes de fonctionnement de la psyché qui apparaissent successivement, et qui viennent à coexister : primaire, secondaire et tertiaire.

Enfin, concernant la pensée du groupe, je me réfère aux travaux de groupalistes tels que ceux de : Didier Anzieu (1985) et son modèle du Moi-peau, René Kaës (1976) et sa modélisation de l'appareil psychique groupal, Ophélie Avron (1996) et son concept d'émotionnalité rythmique.

²⁵ Psychologue, Docteur en Psychologie Clinique.

Psychodrame

Lorsque je décide d'utiliser le dispositif de psychodrame psychanalytique de groupe auprès de patients déments, je dresse une série de présupposés.

Premièrement, les patients déments ont parfois du mal à s'exprimer verbalement (manque du mot, utilisation d'un mot à la place d'un autre, perte de langage). L'interrelation passe alors d'avantage au travers de la dynamique émotionnelle et corporelle.

Un des intérêts du psychodrame est que le jeu ne fait pas qu'utiliser le langage verbal. Il met en mouvement les corps, celui du patient, ceux des acteurs. Le passage par l'acte peut alors permettre d'accéder à nombre d'éléments psychiques qui n'entrent pas dans le système des représentations verbales.

Deuxièmement, dans la démence les symptômes tels que l'agitation et la désorientation, provoquent des vécus d'angoisse important pour les patients.

Le psychodrame, du fait de son dispositif groupal, peut permettre un effet de contenance. Cette contenance groupale favorise un apaisement des vécus d'angoisse dans l'expérience de tenir tous ensemble dans un même espace. Le groupe propose alors une enveloppe capable de recevoir et de contenir les mouvements émotionnels non élaborés.

Troisièmement, les sujets déments se trouvent plus ou moins atteints dans leurs corps. Le vieillissement, qu'il soit qualifié de normal ou de pathologique, conduit à des pertes, des ralentissements, voire des incapacités physiques.

Le psychodrame sollicite la dimension corporelle et sensorielle. Le passage par l'action peut alors permettre une relance de ces dimensions et un réinvestissement progressif de la corporalité.

Quatrièmement, le psychodrame favorise l'expression et la transformation d'expériences anciennes. Le passage par le corps et la gestualité permet d'accéder à des traces psychiques en apparence perdues. Je fais l'hypothèse qu'une trace en apparence perdue, au niveau verbal, reste disponible à autre niveau. Le psychodrame permet alors l'accès à des niveaux de représentation archaïque et primaire, et relance une démarche de symbolisation. Il y a ainsi possibilité de retrouver des inscriptions psychiques et de favoriser une démarche du souvenir.

Les techniques

A ma formation de psychodramatiste psychanalytique de groupe « classique », j'aménage et ajuste des modalités de fonctionnement et d'intervention que je pense adaptées au regard de la population démente.

Je vais alors procéder à des variations dans la forme et dans le fond du dispositif psychodramatique, en fonction des modalités et des objectifs de mon projet de travail. Je souligne ici la dimension exploratoire de cette pratique psychanalytique, et les effets de tâtonnements divers qui m'ont demandé de rester chaque jour au plus près de mes observations in situ.

D'un point de vue des techniques, j'ai utilisé des méthodes de psychodrame classique, des techniques plus humanistes que l'on retrouve notamment dans le travail de Moreno, de Balint (1945) ainsi que des éléments de la pensée de Foulkes (1969).

Règles psychanalytiques

Pour chacun des groupes, j'énonce des règles de fonctionnement qui restent les mêmes tout au long de la vie du groupe. Elles peuvent être ré-énoncées si besoin, notamment en cas d'attaque du cadre. Ces règles définissent le dispositif spatio-temporel et les modalités des échanges.

Dans le dispositif, je reprends la règle fondamentale en psychanalyse de l'association libre mais la nomme : « libre-expression ». Elle est formulée aux participants du groupe de la sorte : « Ici et en ce lieu, on peut exprimer nos pensées telles qu'elles se présentent, toute idée, toute pensée, toute sensation peut être exprimée au sein du groupe, même ce qui peut paraître étrange, gênant ou hors de propos ». En proposant « expression » je souhaite indiquer que cela ne passe par forcément par du registre verbal.

J'énonce également une règle de discrétion vis-à-vis du groupe. Elle est formulée comme suit : « Tout ce qui est dit, exprimé, ressenti dans le groupe appartient et au groupe, et ne doit donc pas être rapporté à l'extérieur ». Je souhaite souligner ici la limite des enveloppes et la nécessaire contenance suffisante pour qu'une dynamique de groupe advienne.

J'ajoute une règle d'anonymat que je présente dans un double aspect : tout d'abord au vu de la démarche de recherche. Une partie du matériel clinique va être rapporté à des instances extérieures, et soutenu. Mais je la signifie aussi dans l'idée que certains participants vont évoquer des éléments du groupe sur la scène institutionnelle. Je cherche ici à indiquer la nécessité de respect des intimités de chacun. Cela peut donc être dit en partie, mais sous le couvert de déguisement. Je la formule ainsi : « Chacun de nous s'engage à respecter l'anonymat des identités et des propos tenus dans le groupe ».

Je précise également une règle de retour au groupe ; que je traduis en tant que : « Si nous sommes amenés entre chaque séance à penser, évoquer ou rêver du groupe, alors nous sommes invités à rapporter cela la séance suivante ». Cette règle vient rappeler au groupe que le travail de pensée s'effectue en continu et qu'il dépasse les limites du temps des rencontres.

Je présente la règle du faire « comme si » qui est spécifique au temps de jeu et caractérise l'action psychodramatique. Avec le « faire comme si » la mentalisation reste en suspend ? et est sollicitée la mise en pensée de ce qui ne se réalise pas dans l'action (Kaës, 1999). Ainsi peut se figurer ce qui, en dehors du dispositif du jeu psychodramatique, ne pouvait être représenté par des mots seuls.

Techniques humanistes

Dans ma pratique de psychodrame auprès de patients déments, j'ai utilisé certaines techniques Moréniennes telles que celles de : l'amplification de la voix, l'aparté, les indications complémentaires du clinicien, ou encore le double.

Je me suis également inspirée du dispositif de Balint avec l'inversion de rôle, le soliloque et l'utilisation du corps.

Puis j'ai également été amenée à improviser en fonction de ce qui se passait dans le groupe ; pour en arriver à introduire des techniques supplémentaires.

Anne Ancelin Schützenberger (2008) nous le rappelle, « le psychodramatiste est souvent obligé, en situation, d'improviser, d'innover ou de transformer une technique, pour faire face à ce qui se passe dans le groupe, ou en suivant son inspiration » (Schützenberger, 2008, pp163-164).

Techniques intégratives

Dès la mise en place des dispositifs, j'ai perçu que le dispositif de psychodrame psychanalytique de groupe ne peut être utilisé « tel quel » avec des patients déments. Les spécificités de fonctionnement de ces sujets nécessitent de penser un dispositif pluriel qui soit construit dans l'articulation de différents modèles.

J'ai ainsi, au fur et à mesure de ma pratique, été amenée à proposer un ensemble de modifications et aménagements qui me paraissait plus adapté au fonctionnement des patients déments.

La possibilité d'utiliser des objets : très vite, j'ai observé la nécessité pour les sujets déments de passer par du concret pour étayer le jeu et la mise en scène. Nous avons alors décidé d'une utilisation possible d'objets concrets au cours du jeu : accessoires, déguisements, éléments de mise en scène. J'ai alors l'énonciation de la règle du faire comme si.

Alors que dans un premier temps, je formulais cette règle ainsi : « Dans le jeu, chacun fait comme si. Les actions sont mimées, et nous n'utilisons pas d'objets ». Nous avons simplifié la règle et l'énonçons dans le groupe comme suit : « Dans le jeu, chacun fait comme s'il était son personnage dans la scène. »

J'ai également introduit une règle à propos de la dimension du tactile. La nécessité pour les patients de trouver des appuis physiques m'a très rapidement conduit à mener une réflexion sur une possible intégration du toucher dans le dispositif. Comment lui redonner légitimité dans un cadre psychanalytique ? A ce sujet, les travaux tels que ceux de M. Sapir à propos de la relaxation psychanalytique m'ont été d'un précieux secours.

J'ai alors évoqué la règle comme suit : « Dans le groupe, et dans le jeu, il est interdit de prendre contact avec l'autre de manière hostile, ou invasive ».

Enfin, j'ai proposé 4 techniques d'intervention du psychodramatiste que je pensais adaptées aux spécificités de la symptomatologie démentielle, techniques que j'ai développées dans mon travail de doctorat

Vignettes cliniques

Présentation du groupe

Le groupe de psychodrame a lieu dans une institution pour personnes âgées dépendantes de 80 lits. Il est composé de 7 patientes âgées de 80 à 95 ans qui présentent toutes des syndromes démentiels de type : oubli, désorientation, confusion, à des stades plus ou moins avancés.

Je l'anime en co-thérapie avec l'animatrice de l'établissement, son fonctionnement dure 6 mois et donne lieu à 20 séances hebdomadaires de 1h30.

Lorsque je mets en place le dispositif, j'interviens au sein de l'établissement depuis plus de 2 ans. Je suis alors dans une certaine connaissance des patients, ce que je pense être une condition pertinente pour une constitution groupale rapide. Je propose aux équipes de l'établissement de prendre part au dispositif, Caroline (professionnelle de l'institution) rejoint le groupe en ce sens, et co-animera les séances avec moi. Par ce dispositif de co-thérapie, je souhaite permettre l'accès au jeu, à la mise en scène avec ma propre motricité et ainsi la possibilité d'interprétation jouée. Je décide d'un groupe semi-ouvert, c'est-à-dire que le nombre de participants est décidé au départ et qu'ils restent les

mêmes tout au long de la vie du groupe. Il peut y avoir une nouvelle entrée lorsqu'un participant quitte le groupe. En décidant de cette règle de fonctionnement, je souhaite favoriser un vécu de sécurité suffisant : les limites du groupe ne bougent pas. Tout en préservant une dimension de souplesse dans les possibilités d'entrée/sortie.

Synthèse du fonctionnement groupal/groupe 1 (séance 1 à séance 4)

Dans les premiers temps du fonctionnement du groupe des femmes (les quatre premières séances), je repère que les thèmes de jeu restent dans une grande proximité avec le vécu quotidien des participantes. Les associations groupales se construisent autour des thèmes du vieillissement et de la dépendance (séances 2 et 3). Les jeux mis en scène par le groupe lors des quatre premières séances portent sur : la rencontre, la vieillesse, la dépendance et la solitude. Je pense que le groupe a des difficultés à aller dans l'imaginaire. Je mets en lien ce phénomène avec la nouveauté du dispositif psychodramatique pour les patientes. Je repère également que la symptomatologie démentielle peut avoir des effets sur les capacités de sublimation des sujets. Il y aurait une forme d'accrochage à la réalité concrète, faute de possibilités d'investissement représentatif.

Au cours des séances, je suis sensible à l'authenticité des propos rapportés par les participantes. L'expression verbale semble facilitée par un sentiment de sécurité groupale que j'associe à la connaissance que chacun du groupe porte aux autres. J'observe également que certaines patientes investissent le groupe de manière plus régulière ; c'est le cas pour Ernestine, Iseult, Louise et Marcelle. Violette, Pascale et Géraldine restent plus silencieuses lors des échanges, et ne participent pas à l'ensemble des séances. Une patiente prend rapidement une place spécifique dans le groupe que nous qualifions de « porte-énergie » en référence au concept de « fonction phorique » (R. Kaes XXXX). Louise, du fait de sa personnalité joviale, et de son autonomie motrice, est en effet particulièrement active lors des séances. Elle verbalise et relance régulièrement les échanges groupaux, elle propose des éléments de jeu et prend part à chacune des mises en scène.

Dans nos temps de post-séances, nous (la co-thérapeute et moi-même) repérons être dans une forme d'attente vis-à-vis de Louise. Sa participation viendrait comme une forme de garantie du bon fonctionnement groupal. Nous observons avoir des pensées communes vis-à-vis de son influence quant à la dynamique groupale, plus spécifiquement pour nourrir les échanges. Nous faisons l'hypothèse d'une possible angoisse du vide dans nos éprouvés. Plus tard, je penserai ??? que les spécificités démentielles nous conduisent alors à des craintes en termes de possibilités de pratique psychodramatique.

Enfin, ces premiers temps du travail me confrontent aux premières difficultés d'un dispositif psychodramatique avec une population démente. Les handicaps moteurs ne permettent pas un investissement total de la motricité dans le jeu. Les participantes manifestent des limitations importantes dans leurs possibilités à représenter gestuellement des actions et comportements. Il me faut ainsi proposer des premiers aménagements. Notamment la possibilité pour le clinicien d'entrer dans l'espace de jeu, non pas pour y incarner un personnage, mais pour accompagner les déplacements physiques des personnages. Ces interventions sont décidées lors du premier temps de la séance avec le groupe, mais il arrive également que j'ai à intervenir dans le jeu de mon propre chef, au vu des nécessités de mise en scène émergeant dans la surprise. Je fais rapidement le constat qu'une nécessaire souplesse dans mes techniques d'intervention thérapeutique se trouve au cœur de cette pratique nouvelle.

La quatrième séance du groupe est marquée par une annonce : Louise quitte l'établissement. Cette intervention donne lieu dans un premier temps à de forts mouvements agressifs groupaux :

propos familiers, attaques interindividuelles. Puis l'agressivité laisse rapidement place à un mouvement dépressif important. Le groupe met en scène un jeu autour de la solitude : une vieille femme est seule chez elle. Ses enfants ne l'appellent pas, son mari est mort. Une voisine vient lui rendre visite pour la réconforter sans succès. Au-travers de ce jeu, le groupe apparaît comme inconsolable. Il n'y a pas d'issue à la séparation autre que celle du manque et de l'abandon. Le temps d'élaboration est marqué par la pauvreté des échanges et une forme de repli de chacun. Le groupe se figurant comme un ensemble de solitudes, côté à côté, sans possibilité de retrouvaille.

Séance 5 : Présentation de la séance 5

C'est la cinquième séance de psychodrame pour le groupe. Trois patientes participent ce jour-là : Ernestine, Louise et Marcelle. Les quatre autres sont absentes : Pascale compte tenu de son état de santé. Iseult, Violette et Géraldine n'ont pas souhaité participer à la séance. Je pense que le nombre conséquent d'absents dans le groupe est en lien avec le départ de Louise. Il y aurait une forme d'évitement de la séance du fait de la séparation et du travail de deuil à accomplir.

Nous allons analyser la séquence 1 de cette séance qui correspond au temps de la mise en groupe. Nous verrons comment l'expérience de séparation vient fragiliser les enveloppes du à enlever groupales.

Présentation séance 5/séquence 1

Les participantes sont installées dans l'espace de parole. Un chat est présent dans la salle à notre arrivée, notre proposition de l'exclure est fortement rejetée par le groupe. Il participe donc au début de la séance en étant assis sur les genoux de Marcelle. Je pense que l'insistance du groupe à garder le chat dans la salle est en lien avec le départ annoncé de Louise. J'associe à « ne pas laisser sortir ». J'introduis la séance en énonçant les prénoms des patientes absentes : 4 au total. Marcelle réagit : « Oh ben moi je veux bien, d'ailleurs je suis venue...moi ». Louise l'interpelle en se frottant les mains : « D'ailleurs on est pas venues toutes les deux ? ». Marcelle à nouveau : « Ben si la première fois ! », puis Louise : « Il me semble, il me semble... ». Ernestine intervient alors : « On peut pas...on peut pas changer les autres ». Un silence s'installe. Le propos d'Ernestine me reste à l'esprit. Je tente de lui trouver un sens. J'associe : Louise part le groupe change. Je pense également aux absentes et me dit : peut-on les faire changer d'avis ? Puis, pourra t'on échanger Louise ? Je ressens de la confusion, mes pensées s'embrouillent. J'interviens alors : « Quelqu'un s'en va...le groupe va-t-il changer ? ». Un court silence, puis Louise reprend : « Oui c'est ça j'étais présente. » Un silence à nouveau et elle poursuit : « D'ailleurs la première fois aussi non ? Je suis venue aussi ? ». J'interviens à nouveau : « Il est question de présence et d'absence... ». Louise dit à nouveau : « Moi j'en sais rien mais hier j'étais ici. » Je perçois Louise comme anxieuse et met en lien sa tension avec son départ et ce que ça mobilise en elle en termes de séparation. Je me dis qu'il faut en dire quelque chose dans le groupe. J'énonce : « Présence hier et aujourd'hui, absence demain... ». Louise me regarde fixement : « Et ben...je sais pas. J'me fous pas de rien...demain ? ». Je me sens directement interpellée et comme dans l'obligation d'en dire plus. Je ressens une certaine gêne. Je dis : « Nous en avons parlé dans le groupe lors de notre séance la semaine dernière... ». Je tente de faire appel aux traces de la séance passée. Louise croise les bras et hausse les sourcils : « Ah oui ? ». Un silence s'installe, le groupe est particulièrement immobile. Louise me regarde fixement. Ernestine semble absente, le regard dans le vide. Marcelle regarde le chat qu'elle caresse avec une certaine force. Je suis surprise par l'intensité de son geste, je me dis qu'elle va finir par lui faire mal. Je pense : « envelopper avec force, violence ». Puis Caroline dit en

s'adressant à Louise : « Le 21... ». Louise répond le visage de plus en plus surpris : « 21 quoi ? ». Caroline à nouveau : « Le 21 octobre... ». Louise : « Ah oui ? ». Un long silence s'installe. Je perçois une forme de lourdeur dans mon corps, dans le groupe. Une sensation de gêne dans la gorge, une dimension étouffante. Je pense : « Manquer d'air. »

Caroline me regarde le visage fermé. Je me dis qu'elle attend que j'intervienne. J'énonce : « Demain Louise quitte l'établissement pour se rendre à Lyon...C'est donc aujourd'hui la dernière séance de groupe où Louise est présente physiquement. ». Louise presque instantanément dit : « Ah oui de groupe ! », elle se met à rire très fort. Ses bras sont toujours croisés, elle effectue des mouvements circulaires rapides avec ses jambes dans le vide. Je repère une rupture dans son corps : un immobilisme massif du haut du corps, et une agitation qui s'accroît en bas. Un silence. Marcelle caresse toujours le chat avec force, Ernestine a les yeux dans le vide. Louise les regarde rapidement, puis son regard se pose à nouveau en ma direction : « De quoi ? ». J'énonce : « Peut-être il s'agit de séparation... ». Marcelle s'immobilise, lève les yeux et dit d'un ton fort : « Séparation...c'est qui (x3) se sépare ? ». Un long silence s'installe, Marcelle regarde Louise le visage fermé. Ernestine lève les yeux, les regarde et cligne à 5 reprises des paupières. Je pense : « Quelque chose de difficile à regarder ». J'interviens : « Le groupe est amené à se modifier lorsqu'un de ses membres part. » Ernestine me regarde : « Partir ? Partir où ça ? ». Je poursuis : « S'éloigner... ». Ernestine : « Soigner ? ». Je suis saisie et amusée par l'effet de langage produit par Ernestine. Je le trouve particulièrement créatif et à propos. J'énonce : « Peut-être que le groupe se sent blessé et qu'il souhaite être soigné, réparé. » Ernestine esquisse un sourire puis dit : « Réparer...oui c'est ça. Comme une voiture ? Le vélo ! ». Un court silence, puis je reprends : « Le groupe peut-il continuer d'avancer... ». Ernestine cligne des yeux à 6 reprises puis dit : « Oui mais il faut la mettre en arrière. ». Louise réagit vivement : « Non ! ». Ernestine : « Et si. ». Louise : « Non ! ». Ernestine : « Et si. ». Je suis surprise par cet échange, et sa tonalité spécifique. J'ai l'impression d'avoir raté des éléments, je pense : « il me manque des pièces du puzzle. ». Louise se met à rire de manière très aigüe. Je la ressens très tendue. Je relance : « Mettre en arrière... ». Ernestine me regarde et attrape ma main droite : « C'est c'est (x2) parce que j'ai eu un nom...On m'a donné un nom et après on m'a dit de les laisser comme ça... ». Je relance : « Oui... ». Ernestine : « Bon, c'est ce que j'ai fais...et ben depuis je suis en arrière. ». Je m'obstine à trouver un sens à ses propos, sans succès.

Discussion séance 5/séquence 1

Dans cette séance, quatre participantes du groupe ne sont pas présentes. Je fais l'hypothèse qu'elles figurent d'une certaine manière la problématique de l'absence réactivée par le départ de Louise. Nous pensons à un évitement d'une partie du groupe, l'autre partie présente physiquement se sentant délaissée, abandonnée. Ainsi, avant même le début des échanges, l'absence est représentée de manière agie. Les pensées qui sont les nôtres face à cette absence, vont dans le sens d'une responsabilité. Nous nous sentons mauvais psychodramatistes. Nous pensons cette culpabilité comme appartenant au groupe, mais ne pouvant s'exprimer autrement à ce moment-là. En transit dans notre psychisme.

Le départ de Louise semble plonger le groupe dans un vécu de perte et d'abandon. La fonction qu'elle assure groupalement que nous qualifions de « porte-énergie » est remise en cause. Nous considérons cette fonction de « porte-énergie » comme vectrice de mouvement et de vie. Alors que le groupe nous apparaît bien souvent aux prises avec une sidération mortifère (silence, immobilisme, absence de regards) ; Louise émerge régulièrement en tant que relance du travail de liaison au-travers de ses interventions et de son dynamisme. A son départ, la fonction de maintenance groupale n'est plus assurée et l'enveloppe protectrice du groupe est vécue comme

insécure car ne pouvant garder. L'insistance du groupe à garder le chat dans la pièce lors de cette séance nous fait penser qu'il s'agit ici d'une lutte contre la dépression. Nous pensons qu'il émerge en tant qu'objet contra-dépressif et figure une forme de renversement en son inverse ; de l'absence à la présence. Du scénario : « Quelqu'un s'éloigne et abandonne le groupe », on passe « quelque chose est gardé dans le groupe ». Nous repérons une forme d'hostilité dans les manifestations groupales face à notre proposition de sortie du chat. Nous pensons qu'il s'agit ici de l'expression de fortes défenses groupales pour lutter contre la dépression. L'objet contra-dépressif est d'ailleurs malmené dans le groupe. Il est caressé avec vigueur, voire violence, et retenu à plusieurs reprises par Marcelle lorsqu'il tente de descendre de ses genoux. Le groupe semble répondre à l'abandon par l'enfermement. Il n'y a pas de lâcher prise possible. La fonction pare-excitative groupale est inefficace et laisse place à une rigidification de l'enveloppe interne : il n'est plus possible de sortir. Les propos de Marcelle, puis de Louise quant à leurs présences mutuelles viennent en réaction à la problématique de la séparation. Il y a une tentative de réassurance, un accrochage à une expérience passée d'être ensemble. Le scénario : « un être qui s'éloigne m'abandonne » est transformé en : « deux êtres inséparables ». Nous cherchons à plusieurs reprises de figurer la séparation par des interventions ouvertes. Ici encore, nous avons l'impression d'être laborieux dans nos techniques d'intervention. Dans l'après-coup, nous prenons conscience de notre propre résistance au départ de Louise. Nous percevons la teneur agressive de nos vécus contre-transférentiels, en particulier vis-à-vis de la décision familiale quant à l'accompagnement de Louise dans cet établissement et de la violence avec laquelle cette décision nous a été transmise en réunion d'équipe. Nous repérons notre propre vécu d'arrachement dans cet événement, comme en écho à l'arrachement exprimé par le groupe. Le groupe se vit dans un arrachement de son enveloppe psychique, le groupe est menacé. La violence de cet événement semble avoir communiqué dans l'ensemble des enveloppes. Dans cet ici et maintenant de la séance groupale, nous sommes porteurs des effets négatifs consécutifs à chacune de ces enveloppes.

Le propos d'Ernestine vient figurer quelque chose de ce vécu d'arrachement au-travers d'une construction langagière qui produit une transformation de « s'éloigner » en « soigner ». Le groupe appelle, en la figure d'Ernestine en tant que porte-voix, une réparation. Nous repérons dans cette construction sémantique une des spécificités du fonctionnement démentiel. Le patient énonce quelque chose à son insu, mais cette production se distingue de notre point de vue, à un lapsus tel qu'il a été théorisé dans le modèle névrotique. Nous faisons l'hypothèse d'un mécanisme intersubjectif, c'est-à-dire qui se construit dans l'effet de co-présence et résulte du travail de plusieurs appareils psychiques. Ainsi Ernestine énonce un élément latent de la problématique du groupe qui n'est pas nommé dans un premier temps et circule entre les participants. Ernestine va le repérer comme au dehors d'elle-même, dans le mot que j'ai produit « s'éloigner » et dans le repérage qu'elle en fait : « soigner ». Elle ne semblera pas entendre cette production comme émanant de sa propre activité de pensée. Nous retrouvons ici l'idée que la pensée du sujet dément subit des modifications qui vont dans le sens d'une régression (Le Gouès, 2000). Cette pensée apparaît intuitive et donne des créations de sens qui permettent de relancer un processus scénarisant. Nous y voyons une des premières spécificités de créativité et d'adaptation de la symptomatologie démentielle.

L'échange qui émerge alors entre Ernestine et Louise s'effectue dans une tonalité plutôt agressive. Chacune d'entre-elles restent sur une position ferme, fixe. Nous ne comprenons pas in situ cette seconde intervention d'Ernestine de « mettre en arrière ». Nous tentons d'y trouver du sens et percevons que notre travail de pensée a du mal à s'effectuer : barrages, ruptures, associations pauvres. Nous pensons qu'à ce moment-là notre fonctionnement psychique lutte contre les

mécanismes démentiels à l'œuvre. Nous luttons contre une régression de notre propre pensée et ainsi sommes dans l'incapacité à rencontrer la pensée d'Ernestine. La pensée n'est pas partageable. Peut-être que l'enveloppe groupale ne nous paraît pas suffisamment sécurisée à ce moment-là de la séance.

Nous pensons que le repérage de nos éprouvés contre-transférentiels nous renseignent sur l'état de la relation à ce moment-là. Dans l'après-coup, nous mettrons cette image de mettre en arrière comme une métaphore de l'oubli. Puisque Louise part, nous quitte, nous abandonne il faut la mettre à l'arrière, la passer au second plan, ne plus penser à elle, l'oublier. Notre impossibilité sur le moment à y trouver du sens, signe de l'inefficacité de l'enveloppe pensante du clinicien. Nous sommes nous-mêmes pris dans l'émotionnalité groupale et dans l'impossibilité de s'en décoller. Il s'agit d'éprouver avec le groupe plus que de le penser.

Séance 5 : Le départ de Louise/séquence 7

La construction de la thématique de jeu est laborieuse, au cours de laquelle nous intervenons souvent pour relancer, étayer la dynamique groupale. A la 6^{ème} séquence, le groupe arrive à une scène de jeu : deux personnes sont assises dans un parc et mangent des bonbons. L'une d'elle se sent très seule et en souffre, il s'agit de Mistinguette qui est jouée par la co-thérapeute du groupe. L'autre personnage, qui ne souffre pas de sa solitude, est nommé Paulette, il est joué par Ernestine. Ces deux personnages échangent autour de leurs solitudes. Un troisième personnage doit intervenir pour donner des conseils aux deux autres, en particulier à Mistinguette. Ce personnage s'appelle André, il est tenu par Louise. Les âges ne sont pas spécifiés.

Présentation séance 5/séquence 7

Je signifie le départ du jeu en tapant trois coups sur le mur, Paulette tape dans ses mains rapidement. Mistinguette la regarde : « Pourquoi vous applaudissez ? ». Paulette très souriante dit : « Parce que je suis contente ! ». Mistinguette à nouveau : « Ah oui ? Vous êtes contente d'être seule ? ». Le visage de Paulette se ferme subitement : « Seule ? ». Un court silence, puis Mistinguette poursuit : « Moi j'suis pas contente d'être seule, ça me mets le moral à zéro ! » Mistinguette se cache les yeux dans les paumes de mains. Paulette s'immobilise et regarde en direction de l'espace de parole. Lorsqu'elle croise mon regard, elle s'immobilise à nouveau. Puis d'un ton très bas elle dit : « Ah moi oui mais ça c'est autre chose (x3) ! »

Mistinguette attrape Paulette par le poignet puis dit : « Et vous ? ». Paulette à nouveau très souriante : « Moi je suis bien ! ». Mistinguette : « Vous êtes bien seule, mais moi...je sais pas ce que j'ai fait pour mériter ça ». Paulette : « Pour mériter ça ? » Mistinguette : « Oui (x2)...parce que je me sens vraiment abandonnée ». Mistinguette lâche le poignet de Paulette, pose à nouveau ses paumes de mains sur les yeux. Elle se met à pleurer. Un silence s'installe, tous les regards se dirigent vers Mistinguette qui pleure toujours. Le regard de Paulette cherche tout autour d'elle. Elle se tourne vers moi, et me regarde fixement : « Je sais pas (x4)...quoi (x2)..de la dame là-bas...elle pleure ». Le visage de Paulette est particulièrement grave. Je la ressens très inquiète. Je me lève et me dirige vers l'espace de jeu. J'entre dans l'espace de jeu et me place derrière Paulette en posant mes mains sur ses épaules : « Vous êtes Paulette dans le jeu, l'amie de Mistinguette qui se sent seule... Paulette se sent seule aussi mais n'en souffre pas ». Paulette : « Seule ? » « Oui, seule,

comment faire lorsque les autres ne sont pas là-bas, ou bien pas comme on aimerait ». Paulette : « Aaahh...ah bon. Alors j'y retourne ? » « Vous y retournez en tant que Paulette dans le jeu... ». J'effectue trois pas en arrière, et me place debout à la frontière de l'espace de jeu. Courte pause puis Mistinguette retire les mains de ses yeux puis énonce : « J'étais quelqu'un avant ». Paulette hausse les sourcils et dit : « T'as tué quelqu'un ? ». Je suis surprise de cette nouvelle création langagière. J'associe intérieurement « tué » à « disparaître ». Je me dis qu'il s'agit de Louise qui s'en va. Mistinguette : « Mais non... J'étais quelqu'un, j'étais une personne, j'étais une star ! ». Paulette le visage de plus en plus surpris : « Ah t'as tué quelqu'un avec une personne ! ». Un court silence, puis Mistinguette reprends : « Je m'appelle Mistinguette...et Mistinguette elle se retrouve seule ! »

André entre en scène d'un pas court et rapide. Il se dirige vers Mistinguette, lui attrape les deux mains. Je suis saisie par cette rupture de rythme, avec une impression de nette accélération. André : « Vous êtes (x2), vous dites que vous êtes pas bien quoi. ». Mistinguette : « Non je suis pas bien, personne ne me parle...je suis seule. ». André : « Mais vous êtes toute seule chez vous ? ». Mistinguette : « Ben oui ! ». André : « Mais faut sortir (x3). ». Mistinguette : « Mais j'ai pas envie de sortir ». André : « Ben il faut vous obliger ! ». Mistinguette : « Mais qui va me faire sortir ? ». André : « Mais moi je sors tous les soirs (x4) et j'ai personne, PERSONNE ! ». Un silence. Mistinguette : « Comment vous faites ? Comment vous avez autant d'énergie que ça ? ». André : « Oh ben moi c'est simple, c'est toujours comme ça, c'est de ma naissance ! ». Mistinguette : « C'est de votre naissance, mais moi quand j'étais jeune j'étais éblouissante, j'avais une cour auprès de moi. Mais maintenant j'suis seule, tout le monde m'a laissé tomber. ». André : « Et ben tout ceux qui vous ont laissé tomber, et ben moi je ferai l'inverse...pour faire pareil pour eux. ». Mistinguette : « Ah bon mais comment est-ce que je peux faire puisque personne ne vient me voir ? » André : « Et ben prenez n'importe quelle personne qui vous (x5) que vous (x6) que vous et rien ... et puis ça part comme ça...ah moi je fais comme ça...Moi j'ai fait ça tout le temps. Quand y'en a un qui veut pas, qui fait pas, je sais pas quoi. Et si il veut il part...comme moi et puis c'est tout ».

Discussion séance 5/séquence 7

D'emblée, se produit une rupture dans le jeu entre l'éprouvé dépressif de Mistinguette face à la solitude et l'expression d'euphorie de Paulette. Les personnages en jeu semblent ne pas se comprendre, ce qui produit un effet de non rencontre. En effet, aucun des deux personnages ne se trouve en capacité de lâcher prise de sa position, il y a figuration de deux pôles antagonistes. Nous associons à un agrippement groupal mis en place de manière défensive face à l'effondrement réactivé par la perte. Nous pensons à deux enveloppes psychiques séparées en présence qui ne parviennent à se rencontrer dans un espace commun. Nous faisons l'hypothèse que dans ce premier temps du jeu, il y aurait une défense groupale qui s'exprime pour lutter contre la dépression. Face à la séparation, le groupe met en place une forme d'immobilisme psychique : rien ne doit bouger, chacun reste à sa place.

Puis les manifestations émotionnelles de Mistinguette semblent venir déstabiliser Paulette, et vont générer un second temps dans la dynamique du jeu. L'immobilisme corporel de Paulette, puis sa recherche visuelle exprime une recherche d'accrochage. La tendance portée par Mistinguette et qui peut être traduite en « effondrement », est renversée par : « trouver un appui ». Il y a recherche d'étayage groupal. Paulette vient chercher cet étayage à l'extérieur du groupe, dans l'espace de parole. Elle nous sollicite en ce sens, et nous intervenons dans l'espace de jeu en tant que fonction d'ancrage. Nous avons développé cette fonction au fur et à mesure des séances, face aux oublis répétés des personnages dans le jeu. Lorsqu'un des personnages ne parvient pas à recontacter une trace mnésique et que le groupe ne permet pas un étayage groupal, nous intervenons physiquement

dans l'espace de jeu et effectuons un rappel des éléments du jeu conjointement à un toucher des deux épaules. Cette zone corporelle nous est apparue comme pertinente car elle permet un toucher non intrusif. Nous y voyons une symbolique d'ancrage, c'est-à-dire comme trouver un appui sur le sol, récupérer une limitation corporelle, signifier la présence de l'enveloppe. En passant par le corps, nous souhaitons favoriser une relance des enveloppes, plus précisément la fonction d'ancrage. Nous faisons l'hypothèse que ce contact corporel véhicule une dimension de contenance et d'inscription. Dans ce contact corporel il s'agit de contacter et de relancer des fonctions psychiques, en passant par une érotisation contenante du toucher qui devient ainsi thérapeutique (Prayez, 1993). Nous avons repéré une introjection progressive de cette technique dans la dynamique groupale, certaines participantes y faisant appel de leur propre chef. Mais Paulette ne s'en était jamais saisie jusqu'ici.

Puis la nouvelle production langagière de Paulette qui transforme « être quelqu'un » en « tuer quelqu'un » paraît à nouveau comme expression d'éléments latents du groupe. Nous mettons en lien cette idée de meurtre avec le départ de Louise. Louise quitte le groupe, elle disparaît, continue t'elle d'exister pour autant. Le groupe en vient à questionner la dimension de la survivance de l'objet. Pourquoi Louise part-elle ? Sommes-nous un mauvais groupe ? Pouvons-nous nous rendre coupables de son départ ? Mais ici encore Paulette et Mistinguette semblent demeurer dans une forme d'incompréhension, sans doute du fait de modalités défensives actives.

L'entrée d'André dans le jeu conduit à un troisième temps dans la dynamique de jeu. Son acte de se saisir des deux mains de Mistinguette vient comme un renversement du signifiant : « être lâché », se transforme entre « être maintenu ». Nous associons au chat du début de séance et nous repérons la même forme d'enfermement du contact physique. Puis, les échanges verbaux entre André et Mistinguette nous paraissent longs, chargés. Nous pensons à un surinvestissement groupal de la sphère verbale, afin d'éviter la dimension affective. L'enveloppe du groupe ne permet pas un vécu de sécurité suffisant qui permette d'éprouver ensemble une émotion commune. Faute d'un pare-excitations groupal insuffisamment protecteur l'enveloppe se durcit et devient imperméable. Plus rien ne peut entrer ni sortir du groupe, l'immobilisme psychique est massif.

Séance 5/séquences 9 & 10

Après un silence assez long, Marcelle en vient à évoquer son mari défunt : « Il est mort (...) Il m'a laissé tomber (...), depuis je suis seule (...) toute seule ».

Je suis particulièrement touchée par les propos de Marcelle, qui en vient à évoquer la perte de son mari pour la première fois dans le groupe (et plus largement dans l'institution). Je repense aux nombreux échanges qui ont pu être les nôtres, aussi bien en dispositif individuel que groupal, et à ses postures habituelles de déni au cours desquelles elle agissait comme si ce dernier était toujours vivant.

Je me dis alors que Marcelle vient là porter-voix à ce qui circule actuellement entre les participants du groupe, et qui demeurait jusqu'ici de l'ordre de l'indicible : la perte, le deuil, l'abandon.

Je pense ces éléments comme une figuration à double face : une face tournée vers le vécu individuel de chaque participante ; une autre face tournée vers la réalité du groupe. Ainsi Louise s'en va, elle nous quitte. Quatre patientes sont absentes du groupe à cette séance. L'enveloppe groupale est vécue comme poreuse, manquante et insécure. Les fonctions de contenance, de maintenance et de pare-excitation sont mises à mal.

J'énonce : « Quelqu'un s'en va et laisse un vide qui nous rappelle aux départs qui ont précédé ».

La séance se termine sur un silence partagé mais plein, comme rempli d'une relance des souvenirs de chacune. J'observe les participantes qui semblent plongées dans leur univers interne, comme en contact avec des traces du passé.

Conclusion

Le psychodrame est une fabrique à histoires. Il apparaît particulièrement précieux auprès de sujets déments qui bien souvent présentent des problématiques d'historicisation.

Avec le jeu, on reprend, on invente et on reconstruit des images, des sensations, des récits et des souvenirs. Se souvenir ensemble serait alors inscrit dans une démarche de co-construction qui dans du nouveau amène du familier.

Il ne s'agit donc plus de retrouver des traces intactes d'expériences passées, mais bien de co-construire et re-construire dans le groupe un ensemble de souvenirs et de réinscrire les participants dans une démarche d'historicisation.

Bibliographie

- ANZIEU, D. & al (1987). Les enveloppes psychiques. Paris : Dunod.
- ANZIEU, D. (1994). Le penser. Paris : Dunod.
- AULAGNIER, P. (1975). La violence de l'interprétation. Paris : PUF.
- AVRON, O. (1996). La pensée scénique : groupe et psychodrame. Paris : Erès.
- BION, W-R (1970). L'attention et l'interprétation. Paris : Payot.
- BOTELLA, C. & S. (2001). La figurabilité psychique. Paris : Erès.
- CHARAZAC, P. (1998). Psychothérapie du patient âgé et de sa famille. Paris : Dunod.
- CHOUVIER, B. & coll. (2002). Les processus psychiques de la médiation. Paris : Dunod.
- DUQUENOY-SPYCHALA, K. (2002). Comprendre et accompagner les malades atteints d'Alzheimer. Paris : Erès.
- FOULKES, S.H. (1970). Psychothérapie et analyse de groupe. Paris : Payot.
- FREUD, S. (1924). « Notice sur le bloc magique ». Œuvres complètes, XVII. Paris : PUF.
- KAES, R. (1976). L'appareil psychique groupal. Paris : Dunod.

KAES, R. (1994). La parole et le lien. Paris : Dunod.

KAES, R. & coll (1999). Le psychodrame psychanalytique de groupe. Paris : Dunod.

LE GOUES, G. (1991). Le psychanalyste et le vieillard. Paris : PUF.

MAURIN, M. (2012). En-jeu(x) de l'oubli : une contribution psychothérapique à l'accompagnement de patients dits déments. Thèse de doctorat, Université Aix-Marseille, soutenu en novembre 2012.

MAURIN, M. & GIMENEZ, G. (2012). « Une pratique de psychodrame en institution : du contre-transfert individuel au contre-transfert groupal ». Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°59, pp.139-150. Paris : Erès.

MAURIN, M. & GIMENEZ, G. (2011). « Psychodrame et démence : accompagnement de l'oubli sidératif par le corps et le geste ». Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°57, pp.143-156. Paris : Erès.

REFLEXION SUR UN ACCUEIL DE JOUR :
Un lieu où prendre soin ?

C.HAFFNER²⁶

Réflexion sur un accueil de jour, lieu où prendre soin ?

Pour cette journée de réflexion sur la notion de soin, je propose de réfléchir sur un dispositif particulier et assez récent qui est l'accueil de jour pour personnes âgées ayant la maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Selon les définitions, un accueil de jour est un lieu d'accompagnement et de répit où les aidants disposent d'un relais professionnel permettant de marquer une pause dans l'accompagnement quotidien de leur proche.

Un lieu d'accueil non médicalisé, ce n'est pas un hôpital de jour, où les personnes accueillies vivant à domicile arrivent le matin et repartent en fin de journée, où il leur est proposé la plupart du temps des activités diverses.

Sur la base de cette définition le lieu dont je parle a été créé il y a 4 ans. Il a une capacité d'accueil de 12 personnes en journée (de 9h30 à 16h00) et ce, du lundi au vendredi. Nous accueillons chaque personne au maximum deux jours par semaine.

L'équipe se compose actuellement de deux aide médico-psychologique à temps plein, d'une infirmière coordinatrice, d'une animatrice, d'une psychomotricienne et de moi-même, psychologue ; nous sommes à temps partiel. Il bénéficie de l'appui logistique d'une maison de retraite.

Mais peut-on dire que ce dispositif prend soin ? Soin de quoi, de qui et comment ? Ce sont les questions que l'équipe de l'accueil de jour se pose régulièrement depuis l'ouverture.

Prendre soin, est-ce soigner ?

La définition du Larousse du verbe « Soigner » est : Procurer les soins nécessaires à la guérison, à l'amélioration de la santé de quelqu'un, d'un animal : Soigner un blessé.

C'est essayer de faire disparaître une maladie, de l'éliminer par des soins, des remèdes : Soigner son rhume.

Dans le cadre de l'accueil de jour, où sont accueillies des personnes dont la pathologie est pour l'instant incurable, le soin comme guérison nous paraissait caduc.

Nous avons eu la chance à l'ouverture d'avoir le temps de penser un cadre théorique, une représentation de la maladie, des outils.

Nous avons envisagé un lieu d'accueil où « prendre soin », dans notre idée, avait pour définition

²⁶ Psychologue, Membre du Bureau de l'ARAGP.

d'accompagner. C'est-à-dire d'être à coté, au rythme de l'autre pour aller où il est capable d'aller et pas où l'on veut qu'il soit !

Nourris, entre autre, par la pensée de Winnicott et le concept du care, « prendre soin », pour l'équipe, impliquait de la sollicitude, une attention portée à l'autre. Cela supposait un mouvement, une démarche pour aller à la rencontre de l'autre, cela engageait la notion de lien.

Accompagner, c'est également accueillir, c'est-à-dire être dans un processus de rencontre de l'autre en l'occurrence un autre dans sa vulnérabilité, ses fragilités. Nous accueillons des personnes soumises à un processus irréversible et invalidant qui met à mal leur sentiment d'identité, leur narcissisme, qui attaque leur capacité de penser, d'anticiper, de mettre en mots, de comprendre, de se représenter un environnement qui devient alors étrangement inquiétant.

Le vécu d'insécurité, l'angoisse, la peur, générés par la perte de limite entre réalité interne et réalité externe, sont de moins en moins contenus par un moi qui se délite, cela crée des failles dans le sentiment d'intégrité, de continuité et menace d'effondrement.

Certains peuvent dire : « Tout est mélangé, je ne sais plus..., je suis dans le brouillard, je ne comprends plus grand chose, je suis vide... »

Certes nous accueillons des personnes malades mais pas que !

Très rapidement au sein de l'équipe nous étions d'accord pour faire de ce lieu un espace convivial, chaleureux, de partages et d'échanges où chacun peut expérimenter sa valeur, être utile, avoir une place. Nous avons fait le choix de ne pas investir l'évaluation des compétences, fait ailleurs, de ne pas être dans une démarche de stimulation, de rééducation cognitive mais d'être dans la relation, la sollicitude, avec le soucis de cheminer ensemble avec les familles et les accueillis dans un lien de confiance.

Evaluer, stimuler, réévaluer les capacités cognitives des accueillis nous semblait moins intéressant qu'accompagner la personne à vivre sa maladie, avec sa maladie, de l'accompagner à mettre en lumière tous ses potentiels, portant une attention particulière à susciter l'intérêt, l'attention, le plaisir, le désir peut-être.

Donc prendre soin ? Mais qu'est-ce que l'on prend ? On prend en compte l'autre dans sa vulnérabilité mais également dans sa force et ses capacités d'adaptation ? On prend à notre compte ce qu'il nous dit, ce qu'il fait, ce qu'il manifeste, avec le postulat qu'il y a toujours du sens à ces manifestations parfois insensées.

Ainsi, nous nous sommes engagés dans un prendre soin de ce que fait vivre la maladie plutôt que ce qu'elle fait perdre.

De même, il nous a semblé pertinent dans notre démarche d'investir la dimension groupale de notre accompagnement. Le groupe est pensé comme un outil apportant un cadre, des règles et une dynamique contenant donc sécurisante. Les règles sont : la bienveillance entre soi, la non-violence, le respect dans l'absence de jugement.

Le groupe devient alors un lieu où l'on peut faire des erreurs, dire, sans crainte d'être disqualifié et renvoyé à ses incompétences. Les accueillis évoquent régulièrement leur maladie « notre ami

Alzheimer, je traîne un Alzheimer, je suis malade », ils parlent de leur vie, de ce qu'ils vivent, de leur découragement, de leur projet de maison de retraite parfois, la parole circule, les émotions se partagent.

Les AMP prennent soin de soutenir cette mise en mots des éprouvés qui traversent les personnes, le groupe, en étant garantes de l'histoire de chacun. Elles ne font pas comme si tout allait bien. L'humour et le rire sont souvent au rendez-vous comme défense certes, mais également comme signe d'un plaisir partagé, d'un accordage psychique.

Me V. dit : « Je m'attache aux personnes qui sont là ! »

Me D : « Tout le monde y met du sien ici, c'est pour cela que ça se passe bien ! »

Me C : « Je suis bien entourée ! »

Bricolage d'un dispositif.

Dans notre volonté d'accompagner des personnes malades et leur entourage au sein de l'accueil de jour, il nous a semblé important avant toute chose de réfléchir sur l'accueil.

« Accueillir n'est pas héberger, l'hébergement prête un toit, l'accueil qui abrite (qui partage l'abri) construit une relation » Robert Redeker, Philosophe

Nous avons donc tenté de prendre soin d'accueillir, et ce sur différentes strates de l'organisation du lieu.

Le premier accueil, la première rencontre se fait avec l'infirmière et la psychologue, la personne malade et son entourage.

Autour d'une table, nous les invitons à faire connaissance, à mettre en récit l'histoire de la personne, de la famille, de la maladie, des difficultés rencontrées. Ce temps de parole pour le futur accueilli et sa famille est dense, chargé en émotions.

De notre côté, nous leur expliquons ce qu'est un accueil de jour, l'organisation du lieu, sa philosophie et l'accompagnement que l'on propose.

A l'issue de cette première rencontre, de ce premier accueil, nous demandons à la personne malade si elle est d'accord pour faire un essai, un jour par semaine, sachant que le premier mois, elle peut à tout moment décider de ne pas poursuivre l'expérience. Il nous semblait important que le futur accueilli soit acteur de la démarche et puisse se positionner.

Passés les méandres administratifs que nous prenons soin de simplifier au maximum, l'équipe d'aide médico-psychologique accueille le premier jour la personne et sa famille afin de créer un espace de transition durant lequel les aidants peuvent nous « confier » leur proche, symbolisant un passage de relais, temps précieux qui accompagne cette première séparation entre l'aidant et l'aidé.

Nous leur demandons néanmoins, de demeurer disponible cette première journée afin de les joindre à tout moment si l'accueilli ne souhaitait pas rester. Nous leur signifions ainsi qu'ils vont être séparés tout en demeurant en lien.

Nous les invitons un mois plus tard à nous rencontrer à nouveau afin de faire un point sur ce qui s'est vécu au sein de l'accueil de jour et avec l'accueil de jour pour l'aidé, l'aidant et l'équipe. A l'issue de cette deuxième rencontre nous décidons ensemble de continuer l'aventure ou d'arrêter.

Il nous a semblé également utile de réfléchir sur les modalités d'arrivée et de départ, temps de transitions qui peuvent générer beaucoup de stress et d'angoisse. Nous souhaitons ritualiser ces temps « entre deux » afin d'aider l'accueilli et sa famille à intégrer ce changement dans leur semaine, leur quotidien.

L'architecture du lieu aidant : nous avons pu utiliser un premier sas où l'accueilli et sa famille sont reçus et se disent au revoir puis l'accueilli passe dans un second sas pour entrer dans les locaux sans ses proches. Ce temps d'accueil pour la journée est précieux car il permet, grâce au rituel, à l'accueilli et son proche de se sentir à minima en sécurité et de confier dans la confiance. « J'ai l'esprit libre quand il est à l'accueil de jour, je suis en sécurité ».

Tous les matins, une fois dans le groupe, il y a un temps d'accueil où les présents et les absents sont nommés, les différents temps de la journée sont expliqués.

Nous tentons de faire en sorte que le groupe représente une enveloppe rassurante sans intrusion intempestive ou départ brutal protégeant chacun de l'imprévisible si angoissant. Cette organisation groupale a des effets de contenance qui permet à chacun d'expérimenter une enveloppe capable de contenir les mouvements psychiques archaïques souvent sources de confusion mentale.

Pour les mêmes raisons, le départ est codifié, ritualisé.

On prend ainsi soin du lien qui existe et de celui qui se construit en évitant tout sentiment de rupture avec un espace-temps structuré, ritualisé, source de sécurité car source de sens et de repères.

Accueillir en temps de crise

Outre des personnes fragilisées, nous avons le souci d'accueillir une famille en crise et nous souhaitons dans ce dispositif proposer des rencontres régulières afin de prendre soin, de porter attention à ce qui se vit à domicile, dans les relations au sein de la famille.

Ainsi nous invitons l'accueilli et ses proches à des rencontres régulières avec l'équipe pluridisciplinaire. Nous mettons en récit ensemble ce qui se vit, ce qui échappe, ce qui s'éprouve en respectant l'équilibre familial et les bénéfices secondaires. « Il faut se couder » nous dit Me N. de façon poétique au sujet de sa famille.

Dans le même mouvement, nous invitons les proches toutes les 6 semaines à prendre un café dans un groupe d'échanges en l'absence des accueillis.

Ce groupe est un lieu où chacun peut selon son envie, ses capacités, exprimer la fatigue, l'usure, l'épuisement, la colère, la honte, la culpabilité, évoquant souvent ce lien de dépendance, vécu comme aliénant.

Etayé par les membres du groupe et contenu par la présence de l'infirmière et de la psychologue, ce café représente un lieu de mise en mots, de dépôt mais également de reprise qui accompagne chacun dans son cheminement et ses limites avec son proche malade.

Les aidants investissent ce temps pour eux, pour parler d'eux, ce dont ils disent manquer, faute d'interlocuteur « il n'y a plus de dialogue, c'est le silence à la maison... il y a bien les enfants, mais je ne veux pas les accabler, ils ont leur vie ! » Ce temps de partage les aide aussi à valoriser ce qu'ils font, les « astuces » qu'ils ont trouvé, et à percevoir la nécessité de prendre soin d'eux pour prendre soin de leur proche.

L'accueil de jour peut être pensé comme un espace-temps intermédiaire qui porte attention aux liens, à la réalité psychologique et à la vie émotionnelle de chacun, aux liens dans la famille, liens dans le couple, liens dans le groupe, liens avec l'équipe, liens dans l'équipe, liens dans l'institution, liens avec les autres institutions

C'est accueillir l'autre dans son réseau de liens avec notre réseau de liens pour créer, trouver un espace intermédiaire d'expérience dans un dispositif groupal.

Un espace intermédiaire entre le domicile et l'institution où la séparation peut être éprouvée sans détruire où grâce aux différents espaces, l'accueilli et ses proches peuvent mettre en récit un vécu traumatique.

Un espace intermédiaire où est accepté, dans certain cas pour la première fois, un tiers dans les relations familiales. Cette démarche parfois douloureuse donne une réalité sociale à un drame familial. Lors des premières rencontres, nous percevons cette difficulté à mettre en récit l'histoire de la famille, Nous avons le sentiment que certaines familles, sous l'effet de la sidération, sont arrêtées dans un temps qui ne structure plus, qui ne donne plus de repères où chacun vit au jour le jour, se vit au jour le jour. Avec une écoute bienveillante, nous tentons de mettre en mot avec eux ce que nous percevons de leurs vécus.

Un espace intermédiaire où rompre l'isolement du domicile : Mr Dit : « Je préfère ne plus voir les gens, ils ne comprennent pas, ça fait mal ! ». Espace intermédiaire donc, qui se veut lacunaire mais intégré dans un réseau d'accompagnement plus large incluant les médecins traitant, les Maia (Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer), les équipes mobiles, les services de géronto-psychiatrie accompagnant les familles pour les aider à trouver leurs propres stratégies.

Un espace intermédiaire ressource pour les familles qui peuvent confier leurs proches, faire l'expérience de la séparation sans vécu catastrophique.

Un espace intermédiaire pour l'accueilli qui dans ce dispositif trouve des étayages et retrouve plaisir dans le lien, dans le groupe, dans la communauté.

Lieu de répit pensé à l'origine pour les familles, il devient un lieu de répit pour l'accueilli, certains expriment clairement leur soulagement :

« C'est ma journée » « ici, je me détends, ça me console » « ici je suis bien reçu, à la maison je me fais engueuler tout le temps »

« Quand je viens c'est comme si je change d'univers, à la maison je me vois vide, bonne à rien »

Cet espace intermédiaire d'expérience n'est viable que dans la mesure où il est contenant sans pratiquer de contentions, c'est-à-dire un lieu dont le cadre est souple mais fiable et non rigide sous le

primat du contrôle sécuritaire, du contrôle des symptômes, des émotions, des échanges, au risque de faire vivre à chacun un vide relationnel déshumanisant. Il implique donc de pouvoir trouver-crée ensemble, dans une ambiance suffisamment sécurisante, un lieu où être avec ses difficultés, ses impasses, sa souffrance, libéré d'une logique déficitaire.

Ce lieu est viable également grâce à une équipe motivée, engagée dans cette démarche de prendre soin, d'accueillir, de contenir, d'étayer des personnes en crise.

Il est donc nécessaire et indispensable de soutenir les capacités d'attention, de contenance et de pensée d'une équipe prise dans des enjeux relationnels avec des personnes en souffrance, qui font vivre du vide et de la non pensée. Une équipe également prise dans des enjeux institutionnels perçus comme plus ou moins bienveillants.

Un travail d'analyse des dynamiques relationnelles, des impasses, des frustrations des incompréhensions, des limites de chacun est garant de la capacité à prendre soin de l'équipe.

Nous avons constaté qu'à chaque fois que l'équipe se sent malmenée, un vécu de persécution se fait jour et des failles dans la capacité de contenance apparaissent. Nous assistons alors à des passages à l'acte, par l'acte d'un vécu d'insécurité de la part des accueillis, des familles et des membres de l'équipe.

L'accueil de jour peut être un lieu où prendre soin dans la mesure où chaque strate du dispositif mobilise notre attention, notre sollicitude étayée par un réseau de liens plus large au sein de la communauté.

Nous pouvons penser ce lieu comme un emboîtement de différents niveaux de contenance individuelle, familiale, groupale et institutionnelle, sortes de contenants gigognes qui, ensemble, prennent soin du cheminement éprouvant d'une personne malade et de sa famille.

L'accueil de jour est, peut-être, une étape intermédiaire qui aura permis pour certains de relancer un processus de mentalisation, de représentation d'un parcours de vie singulier.

« PRENDRE SOIN » DE CEUX QUI PRENNENT SOIN
GROUPES D'ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES
ET D'ELABORATION CLINIQUE

J. TALPIN²⁷

Comme nous sommes dans les murs de l'hôpital Saint-Jean-de-Dieu, ce saint espagnol qui connut la folie et l'internement qui furent à l'origine de sa double vocation religieuse et soignante, je me suis questionné sur ce qui avait pu le soutenir, lui et la congrégation qu'il créa, dans sa rencontre, dans leur rencontre avec les malades et leurs souffrances psychiques. Car telle est bien la question centrale qui organisera mon propos : comment font les équipes pour supporter, accompagner ceux qui leurs sont confiés et leurs souffrances, comment soutenir la position psychique de prendre soin de l'autre, sachant que la commande sociale est souvent ambiguë, entre soin et enfermement ou mise à l'écart des fous, des vieux, des déments ? Dans la logique des congrégations hospitalières, ce qui soutenait les équipes étaient la foi, une croyance, un idéal partagés. Les institutions soignantes, qu'elles soient somatiques, psychiatriques, gériatriques, se sont laïcisées et l'idéal religieux a disparu en tant qu'organisateur institutionnel et d'équipe, sinon sous forme de traces institutionnelles ou de valeurs personnelles. Dès lors, donc, comment font ceux qui prennent soin pour maintenir cette tâche primaire ?

Une hésitation, basée sur mon expérience personnelle et sur la rencontre avec de nombreuses équipes, me fait hésiter quant à la désignation : ceux qui prennent soin, ceux qui essaient de prendre soin, ceux qui sont payés pour prendre soin, ceux qui n'arrivent pas ou plus à prendre soin ? Car c'est bien de tout cela qu'il s'agit et qui pose la question du soin à apporter aux équipes de professionnels.

J'étayerai mon intervention sur trois types d'expériences quant aux sujets âgés et aux équipes. D'une part mon appartenance, un temps, à une équipe de géronto-psychiatrie, d'autre part ma pratique d'accompagnement de groupes d'analyse de la pratique professionnelle en géronto-psychiatrie ou en gériatrie avec des équipes pluri-professionnelles, enfin des groupes d'analyse de la pratique professionnelle (APP) avec des psychologues exerçant en gériatrie (J-M. Talpin, 2011).

Actuellement, et alors même que l'approche psychanalytique est attaquée dans bien des institutions, les demandes de groupes d'APP dans un référentiel analytique n'ont jamais été aussi nombreuses à des fins d'élaboration (JM Talpin, G. Gaillard). Ceci appelle une remarque en référence au livre de J. Hochmann, *La consolation*. Ce livre résonne avec l'histoire de la psychothérapie institutionnelle et nous rappelle qu'il fut un temps où une institution pouvait penser son organisation, ses instances, sa dynamique, en référence à la psychanalyse. Les groupes d'APP dérivent, entre autres sources, du modèle de la psychothérapie institutionnelle. S'ils existaient dans ce modèle, ils n'en étaient qu'une partie, un lieu de régulation dans un ensemble pensé autour de la question : comment faire pour que l'institution demeure soignante, pour qu'elle ne se bureaucratise pas, qu'elle résiste et traite la haine, la pulsion de mort qui y est à l'œuvre pour de multiples raisons ? Le modèle de la psychothérapie institutionnelle n'a plus le vent en poupe, les projets des institutions font l'objet de multiples contraintes normatives, procédurales (A-L. Diet, E. Diet), économiques, administratives...

Là où les équipes se soutinrent un temps de la religion, un autre temps du marxisme, de la psychanalyse, de la psychothérapie institutionnelle, actuellement elles se soutiennent souvent de

²⁷ Psychologue Clinicien, Professeur de Psychopathologie et Psychologie Clinique, CRPPC, Université Lumière-Lyon 2, Président de l'ARAGP.

groupe d'APP qui, financés par l'institution, témoigne de ce que celle-ci considère que la souffrance des soignants, qui les met en difficulté pour prendre soin de ceux qui leur sont confiés, n'est pas un problème personnel mais bien un problème professionnel : les soignants acceptent, moyennant salaire, de prendre en soin des sujets souffrants, du vieillissement pour ce qui nous concerne ici. Ce faisant, ils remplissent une mission pour la société par délégation, la question étant de savoir quel lien la société entretient, ou pas, avec ce qu'elle délègue. Je soulignerai que la proposition d'un groupe d'APP est une réponse d'un tout autre ordre que la mise en place d'un psychologue pour les professionnels dans un dispositif de consultation individuelle, d'une part car la problématique peut facilement être rabattue sur l'individuel, d'autre part car cela prive l'individu de l'étalement sur l'équipe. En somme, je propose qu'actuellement le groupe d'APP, conçu comme un prendre soin des équipes par l'institution, s'inscrit moins dans une pensée institutionnelle globale qu'il ne pallie l'absence de celle-ci, pour le dire de manière sans doute un peu caricaturale. Il nous faudra préciser tout ceci, les souffrances que les équipes doivent accueillir et les soins qu'elles doivent prodiguer, en prenant en compte les différents cadres institutionnels : les équipes ne sont pas sollicitées de la même manière selon qu'il s'agit d'un séjour court, moyen ou encore d'un lieu de vie qui peut s'inscrire dans une longue durée qui favorise une plus grande proximité et familiarité. En ce sens, le groupe d'APP a souvent à travailler aux et sur les frontières du professionnel et du personnel (Achard, S., Helman, A., Ruzniewski), entre clivage, confusion et résonance.

Ainsi donc prendre soin de vieux mobilise, mais aussi atteint le psychisme des soignants qui peuvent soit s'en défendre de manière massive, soit en être profondément atteint (burn out, dépression), soit élaborer ces expériences afin de les transformer et de les rendre ainsi assimilables. Je propose donc de penser avec le modèle suivant : dans la rencontre professionnelle avec les vieux chacun vit des moments traumatiques dont il se défend en recourant :

- D'une part aux défenses professionnelles qui donnent un cadre à la rencontre mais qui donnent aussi des modèles d'intervention, de réponse, que l'on soit médecin, infirmier, aide-soignant, psychologue (cf. par exemple la mythique bonne distance)...
- D'autre part aux défenses personnelles, en particulier aux points de défaillance des défenses professionnelles, ce qui n'économise pas la question des motivations et enjeux personnels dans les choix professionnels.

Cependant, ce modèle purement défensif ne suffit pas, en particulier parce qu'il est coûteux psychiquement pour les professionnels mais aussi potentiellement pour les âgés, par ricochet. Les rencontres traumatiques avec les vieux, les maladies, les troubles psychiques ou cognitifs, avec la mort, peuvent effracter l'appareil à penser des soignants. Dans un premier temps c'est souvent l'appareil individuel qui est atteint. Soit il trouve à s'étayer sur et à se réparer avec l'appareil psychique d'équipe, soit il rencontre au sein de celle-ci d'autres appareils psychiques effractés, ce qui fait que c'est l'appareil à penser de l'équipe qui doit être restauré. C'est alors, dans la logique des cadres emboîtés et de l'analyse transitionnelle proposés par R. Kaës dans Crise, rupture et dépassement, que le groupe d'APP peut venir comme enveloppe à même, dans un premier temps, de contenir les appareils à penser mis à mal, et, dans un deuxième temps, de transformer les expériences qui furent dans un premier temps traumatiques et excédèrent les capacités de transformation tant individuelles que groupales (d'équipe), et ce d'autant plus qu'elles ne furent pas soutenues institutionnellement. A cet égard le groupe d'APP a une fonction anti-traumatique ou de transformation du traumatisme généré par la situation professionnelle du fait même de la rencontre avec les personnes âgées, a fortiori dépendantes et/ou démentes.

Ces situations peuvent facilement mobiliser des clivages, qui sont des mécanismes de défenses procédant par simplification. Je pense ici à une situation professionnelle dans laquelle je passais beaucoup de temps (sur le total de celui dont je disposais) en entretien avec les patients. Or un certain nombre de ceux-ci présentaient des pathologies lourdes ou des manifestations épuisantes pour l'équipe (cris, agressivité, étalements réitérés des matières fécales...). L'équipe en vint à

m'accuser, sur un ton certes humoristique, de me préoccuper des patients mais pas d'elle, manifestant de la rivalité avec les patients et disant, tout à la fois, sa souffrance psychique et son besoin de bénéficier elle aussi de soin. Dans un premier temps ceci me mit un peu en colère et j'accusais intérieurement les soignants d'immaturité, me disant alors que j'étais là pour les patients, pas pour eux. Alerté par ce clivage, je pus remettre petit à petit ceci au travail et m'organisais, dans un premier temps, pour avoir plus de temps informels de disponibilité auprès des équipes. Ce ne fut que quelques mois plus tard que nous pûmes retravailler ensemble sur les temps institutionnels formels et mettre en place un temps de travail plus théorique étayant l'appareil à penser, en plus du temps qui existait déjà d'analyse de situations cliniques. Le clivage peut venir d'une organisation défensive des âgés qui le projette sur les lignes de fragilités potentielles des équipes selon différents critères : statut professionnel, âges, sexe, sensibilité et histoire personnelle...

Nous retrouvons ici la question de savoir comment l'appareil à penser de l'équipe parvient ou non à contenir (et, mieux, à transformer) la problématique des patients, faute de quoi celle-ci s'infiltrerait dans cet appareil à penser au risque d'y créer du clivage, de la violence difficile à conflictualiser. C'est dire que le « prendre soin des équipes » (ce qui peut se faire selon différents dispositifs) commence par un travail sur le « faire équipe », c'est-à-dire à passer du regroupement au groupe inscrit dans une logique institutionnelle.

Ce « faire équipe » (cf. Nouvelle revue de psychosociologie) articule et maintient en tension trois niveaux, trois centrations qui interagissent les uns sur les autres sauf dans les situations où ils sont maintenus isolés des uns des autres par le clivage. Il s'agit des niveaux et centrations institutionnels, groupaux et cliniques individuels. La tension entre ces trois niveaux tient à ce qu'ils constituent trois objets d'investissement : les patients, le groupe des soignants, l'institution. Dans l'idéal les trois s'articulent harmonieusement : le groupe n'existe pas pour lui-même mais comme moyen, dans une institution qui lui en donne les moyens, pour prendre en soin chaque sujet âgé. Dans la réalité, soit la logique des trois niveaux devient contradictoire, soit elle devient plus ou moins conflictuelle. Lorsqu'elle devient contradictoire, elle met les professionnels en situation de paradoxe impensable (R. Roussillon), ce que P. Charazac a évoqué dans son intervention, avec les effets mortifères que cela a, tant sur les professionnels que sur les personnes prises en soin : repli de l'équipe sur elle-même comme groupe protecteur, non investissement des âgés ou maltraitance, non communication entre équipe soignante et équipe dirigeante... Lorsqu'elle devient conflictuelle, une élaboration est possible, la conflictualité (suffisamment contenue) étant ce qui est au cœur du travail de la pensée de la clinique selon les points de vue des différents professionnels tant en fonction de leur formation et de leur statut professionnel qu'en fonction de leur personnalité, tout ceci au sein d'une conception suffisamment claire et partagée de la tâche primaire (W. Bion), des missions explicites de l'institution, du service.

Arrêtons-nous sur une situation de clinique institutionnelle dans laquelle je suis en position d'intervenant extérieur. Dans la situation dont il va s'agir, qui rassemble différentes sous-équipes d'un même service, celui-ci avait fait le choix du dispositif suivant : la sous-équipe qui présente le cas le prépare collectivement, l'écrit précisément puis le lit lors du temps de réunion. Le cadre établi consiste à laisser la présentation, faite à plusieurs voix de plusieurs catégories professionnelles, se dérouler intégralement, si ce n'est parfois pour une brève explication, un bref complément d'information. Les cas sont généralement très construits, voire très écrits, autrement dit très liés. Dès lors, comment peut se faire un travail psychique en équipe ? Avant de répondre à cette question, je soulignerai que ce cadre préexistait à mon intervention, qui succédait à celle d'un collègue. Je pense que dans un premier temps, ce dispositif avait une dimension défensive forte, permettant de maîtriser autant que faire se peut la parole, le risque de la surprise. Mais cette fonction défensive, a aussi une dimension structurante (et rassurante pour les professionnels au départ peu ou pas familiers de ce type de travail) et a pu s'assouplir, l'expérience ayant pu être faite de la non dangerosité de la prise de parole et de la pensée. Dès lors le travail psychique en équipe se fait d'une part en pointant les manques, les contradictions dans la vie du patient et/ou dans la présentation, ce qui peut se comprendre comme effet de la problématique du patient dans la psyché

des soignants (identification projective, dépôt, contamination) ; d'autre part en se laissant aller aux associations qui viennent, ainsi qu'aux affects, aux ressentis qui émergent. Dans la première modalité, il s'agit donc de se mettre à l'écoute, voire de produire de la déliaison, l'hyperliaison de la présentation préparée pouvant en effet in fine empêcher de penser une situation choisie pourtant parce que posant problème. On se souvient que pour S. Freud le but d'Eros n'est pas tant d'éliminer la pulsion de mort (c'est fantasme d'immortalité que d'imaginer qu'il pourrait y parvenir) que de lier Thanatos, de le mettre à son service (de l'intriquer) : le travail d'analyse est un travail de déliaison puis de reliaison autrement, en suivant les fils associatifs (nouveau mode de liaison). Nous rejoignons là la question du soin aux équipes et aux soignants travaillant avec des âgés en souffrance psychique car au fond ce qui s'y joue est la question du traitement du négatif, du travail de la pulsion de mort telle qu'elle peut être fixée sur la problématique de la fin de vie mais aussi, plus largement, sur celle de la souffrance psychique, que les causes en soient psychiques, physiques, familiales, sociales... Les institutions gériatriques, en tant que leur fonction sociale est d'accueillir et d'accompagner des âgés qui ne parviennent plus, temporairement ou pas, à se porter psychiquement, en étayage sur leur environnement social habituel, sont le lieu de dépôt et d'accueil institué de tout ce négatif (ce que R. Kaës nomme le pacte narcissique secondaire des professionnels) ; à charge pour les professionnels des institutions de traiter psychiquement, de penser cette dimension afin de la détoxifier, faute de quoi elle aura un effet destructeur, générateur de souffrances, sur les soignants, ou tendra à se résoudre dans le souhait de pouvoir recourir à l'euthanasie ainsi que ceci se développe socialement actuellement.

Revenons à la situation d'analyse de situations cliniques que je viens d'évoquer. La présentation d'un cas, son récit, est donc mise en travail sur le mode d'un travail d'analyse, avec ce que cela suppose de déliaison du construit préalable : tel détail suscite un travail associatif chez un soignant, telle contradiction est relevée par un autre. Il s'agit moins de réduire cette contradiction, alors qu'elle dérange la pensée, que de la mettre en sens, en perspective : en changeant de point de vue, demeure-t-elle contradiction, paradoxe, se fait-elle conflit à l'œuvre dans la psyché du patient et/ou de sa famille et/ou de l'équipe dans la logique des cadres emboîtés, de l'identification projective mais aussi du traitement, de la transformation, de l'élaboration ? En somme, il convient de suffisamment pouvoir attaquer le récit construit (l'analyse suppose en effet une forme sublimée de l'agressivité) pour ensuite s'en saisir par bribes, par bouts, qui sont autant d'amorces pour les chaînes associatives. Ces chaînes participent des représentations, non seulement de mots mais aussi de choses, en images, en ambiances... et des affects. De ce fait, le plus souvent, de nouveaux éléments cliniques (histoire de vie du patient, éléments comportementaux ou relationnels) viennent à la pensée de ceux qui ont présenté ou des membres présents de leur équipe. L'histoire commence à se réécrire autrement, selon d'autres voies, avec d'autres modes de tissage : un tissage plus lâche, si ce n'est parfois la tentation d'une réponse diagnostique suturante. Liaison-déliaison-reliaison autrement donc de la situation clinique et des perspectives de soins. De manière implicite (jamais les choses n'ont été dites aussi clairement) ceci devient une méthode internalisée. J'en veux pour preuve une séance de travail récente, après plus de deux ans de travail commun.

L'équipe qui présentait fit le choix d'une patiente qui la souciait. Or le travail de préparation, riche et précis, fit tomber la question, l'inquiétude, car l'équipe, en préparant, découvrit l'évolution récente importante et favorable de cette dame un temps si inquiétante, y compris en termes vitaux (puisque'elle ne mangeait pas, ne buvait pas). Du coup, lors de la présentation, la tension était retombée, même si la patiente demeurait pour partie énigmatique dans son fonctionnement. Si la liaison diagnostique restait en suspend, la liaison (l'intégration dirait D. W. Winnicott) par la temporalité (capacité à percevoir l'évolution, les changements positifs de cette patiente) avait pu être construite avec une efficacité certaine pour l'équipe soignante et donc pour la prise en charge. Nous retrouvons là la dimension anti-traumatique : alors que le trauma entraîne un collapsus (C. Janin) temporel, le travail anti-traumatique déploie la temporalité, en particulier dans la mise en récit de l'évolution de la clinique, ce que J. Hochmann a abordé dans son intervention autour de la narrativité. Cette séance témoigna de la capacité de l'équipe non seulement à investir le dispositif

d'analyse de cas mais aussi de l'internalisation de celui-ci, ce que j'entends dans la logique, ici évoquée par Philippe Barrier, du prendre soin de soi, un soi singulier inscrit dans un soi professionnel contenu par l'institution et les moyens qu'elle (se) donne pour penser le négatif des souffrances psychiques des âgés qu'elle a pour mission d'accueillir.

Ainsi, la potentielle souffrance psychique des équipes peut-elle être pensée d'une part au regard de la rencontre avec des âgés qui, pour un temps au moins, ne se suffisent plus à eux-mêmes et ont besoin d'un cadre institutionnel pour déposer, et éventuellement traiter leurs parts souffrantes, d'autre part au regard des modifications du métacadre social et de leurs répercussion sur les cadres institutionnels et par voie de conséquence sur les pratiques qui s'y développent.

La rencontre avec les âgés

Les différents types d'institutions gériatriques correspondent à la classification et au regroupement par catégories des sujets souffrants : ainsi des services de soins à domicile, des soins hospitaliers somatiques ou psychiatriques, des accueils et hôpitaux de jour, des maisons de retraite, Ehpad, Cantou... Le soin aux professionnels est donc étroitement en lien avec le type de souffrances des sujets que ces institutions ont pour tâche primaire d'accueillir, en suivant la proposition classique de J. Bleger, ou, autrement dit, est en lien avec d'une part le négatif des sujets accueillis, d'autre part avec l'écart qu'il peut y avoir entre celui-ci et les modalités d'accueil et de soins institutionnels proposés à ces sujets et participant au cadre des soignants. Ceci se manifeste souvent (à tort ou à raison, c'est un vrai sujet de travail clinique) par le sentiment que tel âgé ne correspond pas à ce pour quoi l'institution est agréée. En ce sens, l'équipe peut avoir un double travail à faire, d'une part du côté du questionnement de l'indication de l'institution pour tel sujet (au risque de la projection du négatif sur celui qui a adressé l'âgé), d'autre part un travail de relance de la créativité soignante au regard de la singularité de ce patient-là, créativité qui relève du travail de liaison (ou de reliaison) et a une fonction de restauration du lien au patient en même temps que d'estime de soi de l'équipe un temps mise en échec, confrontée à du temporairement insensé qui génère un vécu d'impuissance.

Je ne développerai pas ici un point qui est devenu classique, mais demeure d'actualité : le négatif de la rencontre avec des vieux malades, dépendants, souffrants, mobilise chez les soignants des angoisses quant à leur propre vieillissement et à celui de leurs parents, proches... et ce d'autant que la représentation du vieillissement par les professionnels est biaisée par le fait que, de par leur métier, ils ne rencontrent justement que des vieux qui vont mal (encore que dans les services de médecine ou de psychiatrie il puisse y avoir des issues heureuses : amélioration ou guérison, retour à domicile ou passage dans une institution choisie par l'âgé et vécue comme rassurante par lui...).

Dans les sources de souffrances, ou pour le moins de mise en difficulté psychique des équipes, je m'arrêterai brièvement sur deux points : l'accueil et le soin au dément et l'accueil et le soin aux personnes âgées en fin de vie.

La première situation pose tout particulièrement aux professionnels la question du sens : sens de la vie des patients déments, sens du fait qu'ils vivent encore, sens de les prendre en soin, ce qui est majoré lorsque ces patients ne reconnaissent plus les soignants (O. Jarrige, JM Talpin). Là encore, le soin aux soignants passe en grande partie par le soutien à leur capacité de se soigner eux-mêmes en particulier par le développement de leur créativité soignante qui passe entre autre par un fin travail d'observation donc de connaissance des âgés qui leur sont confiés. Le travail avec ses soignants, afin qu'ils demeurent soignants, passe par le soutien de leur capacité de rêverie autour du patient (J. Hochmann), ce qui demande le soutien de l'institution (reconnaissance du besoin de temps de réunion, d'élaboration, de formation, de mise en place de cadres permettant la rencontre avec ces sujets : groupes à médiation...).

Le soin aux âgés a souvent comme ligne d'horizon la mort de ceux-ci. Le travail avec les équipes peut avoir à traiter plusieurs dimensions, j'en retiendrai deux ici : le décollement de la problématique du vieillissement de celle de la fin de vie afin que l'âgé puisse être considéré comme un sujet, certes mortel, pour la vie ; le changement de paradigme pour les soignants, largement

favorisé par la pensée des soins palliatifs : soigner ne renvoie pas à guérir mais à accompagner. Enfin, à l'articulation entre les cliniques singulières et une dimension institutionnelle : je soulignerai, pour ce qui est des lieux de vie, un paradoxe : l'entrée dans ces institutions se fait de plus en plus tardivement (l'âge moyen d'entrée est autour de 82 ans) en particulier grâce au développement des services d'aide et de soin à domicile. Si cette entrée plus tardive répond au désir des âgés, elle renforce bien souvent par ailleurs la représentation négative de l'institution (puisqu'il s'agit bien d'y rentrer le plus tard possible) et rend la rencontre avec les soignants plus difficile parce que l'institution est vécue négativement comme le dernier recours lorsque plus rien d'autre n'est possible et parce que les âgés qui y entrent sont plus dépendants, plus « détériorés »...

Evolutions du métacadre social

Les évolutions du métacadre (cadre social voire sociétal dans lequel s'emboîtent les cadres particuliers des institutions) ont des incidences sur les cadres institutionnels particuliers et donc sur les professionnels eux-mêmes dans la logique de leur profession et de la rencontre avec ceux pour lesquels ils sont là.

Dans le champ de la gériatrie, une de ces évolutions tient à la multiplication et à la diversification des dispositifs, que ce soit dans une logique sociale ou soignante, diversification qui peut produire des effets d'émiettement, les instances de coordination viennent y pallier, mais aussi une meilleure adéquation des dispositifs proposés aux besoins des âgés. Nous retrouvons sur ce point les effets évoqués plus haut du développement des prises en charge à domicile sur l'entrée tardive en institution.

Un des mouvements marquant des deux dernières décennies au niveau du métacadre est la réorganisation globale du système de santé en France (ARS, accréditation...) et un de ses corollaires, le développement de procédures : E. Diet nous en parla il y a quelques années. Ces procédures, qui mettent bien souvent au centre la question de l'économie (principal organisateur et mode de lecture de notre société), favorisent largement une approche quantitative comportementale des pratiques, renforçant les modes défensifs opératoires et/ou risquant de ne pas permettre de construire un sens aux pratiques en regard avec les besoins et désirs des personnes accueillies. Ainsi le chronométrage des occasions de rencontre avec l'âgé (toilettes, soins, repas...) vide-t-il les pratiques de leur substance et de leur sens et fait violence aux soignants en les mettant à mal quand à la réalisation de leur idéal professionnel de soignants ou d'acteurs sociaux.

Cette culture de l'évaluation quantitative essentiellement économique peut aussi conduire à un état d'insécurité, à un vécu de précarité mettant à mal les équipes. Dès lors le rapport à la tâche primaire peut prendre deux directions diamétralement opposées : désinvestissement ou surinvestissement. Dans le premier cas l'insécurité institutionnelle fait que les soignants se préoccupent d'abord d'eux-mêmes, de leur emploi, de leur devenir, de leurs conditions de travail et, dans un même mouvement, se détournent du soin aux âgés. Dans le second cas, au contraire, les âgés deviennent une sorte de valeur refuge contre la maltraitance institutionnelle ; le risque est alors le clivage : le négatif est totalement porté par l'institution, le positif par les âgés, ce qui a aussi des effets sur la clinique et les modalités de prise en charge.

Approfondissons cela avec une situation clinique. Il y a de cela une dizaine d'années, j'animais le groupe d'élaboration de la pratique soignante de l'équipe infirmière d'un hôpital de jour gérontopsychiatrique. Selon l'équipe trainait depuis des années l'idée que cet hôpital de jour pourrait être fondu avec un autre. A un moment, l'affaire sembla se précipiter, l'administration demandait à l'équipe de travailler sur le projet, des dates de déménagement (cet hôpital de jour aurait dû s'installer dans les locaux de l'autre) étaient évoquées, repoussées de mois en mois au point qu'une fois l'équipe me demanda mon numéro de téléphone portable au cas où l'hôpital de jour, soignants et soignés, déménagerait entre deux de nos rencontres et afin que je ne trouve pas porte close. Ce qui me frappa, alors que je trouvais que cette équipe était particulièrement malmenée par l'institution centrale, en particulier du fait de l'indécision qui planait, ce fut son très grand investissement clinique auprès des patients, avec l'idée (pour partie projective) qu'il fallait les

protéger de l'institution, que le déménagement risquait de les tuer... Mais du coup il devenait très difficile de porter un regard critique sur ces patients qu'il fallait protéger à tout prix contre la mauvaise institution dont les soignants se désolidarisaient en quelque sorte. Nous retrouvons là ce que j'évoquais plus haut, à savoir la déliaison chez les soignants d'une pensée qui articule âgés, équipe comme groupe et institution (qui définit la tâche primaire et donne les moyens de réalisation de celle-ci).

Dans le même sens, la multiplication des procédures de prise en charge s'inscrit dans une logique de normalisation des pratiques qui s'oppose facilement à la singularité des rencontres cliniques. Mais l'évolution du métacadre est aussi à certains égards soutenable de la qualité de la tâche primaire lorsqu'elle témoigne du souci du « droit des usagers », de la « bienveillance » même s'il y a à redire sur ce terme...

Pour conclure

Prendre soin de ceux qui prennent soin mobilise donc deux niveaux : prendre soin de chaque personne en tant qu'elle participe comme professionnel à la tâche primaire de l'institution, prendre soin de l'équipe en tant que telle dans sa capacité à faire groupe, ce qui renvoie à la capacité des sujets de s'articuler entre eux dans le cadre de leurs statuts professionnels et des modes d'organisations (source de souffrance ou d'étayage) de l'institution, ceci en lien fondamental avec personnes accueillies, leurs difficultés, leurs souffrances mais aussi leurs potentialités.

Prendre soin des équipes, c'est aussi rendre possible ou soutenir, mais parfois aussi juste souligner, la créativité de ces équipes. Pour mieux faire comprendre mon propos, je terminai sur une brève situation clinique. Lors d'un temps de formation qui s'appuyait largement sur l'analyse de situations cliniques dans une maison de retraite, l'équipe évoqua un monsieur qui la mettait en difficulté. Ce monsieur, qui présentait des troubles démentiels débutant, était un agriculteur ayant toujours vécu à la campagne et qui se retrouvait en ville pour être proche de ses enfants. Le problème était que dans l'institution ce monsieur pissait systématiquement dans les bacs des plantes, jamais dans les toilettes (ce qui montrait au passage, par la constance, que ce n'était pas un problème de désorientation). L'équipe voulait savoir quoi faire pour l'en empêcher. Comme je l'interrogeais pour savoir si elle avait essayé des choses, les soignants finirent par me dire, avec un sentiment de honte, qu'en fait ils avaient depuis un mois environ mis en place quelque chose : ils avaient installé (avec l'accord de la direction et du médecin) un bac à plante sur le petit balcon (abrité des regards) de la chambre du monsieur qui depuis allait toujours y uriner, ce qui fut conforté par les enfants qui dirent qu'ils avaient toujours connu leur père allant pisser dehors. Mais pour les soignants cette solution n'était pas satisfaisante, ils avaient honte et associaient cela à un traitement dégradant, « comme un chat qui va dans sa caisse » ! Je voyais bien qu'ils guettaient ma réaction, s'attendant à une désapprobation ! Ils furent surpris lorsque je leur dis qu'ils avaient trouvé là une solution de compromis qui témoignait de leur créativité. Nous pûmes alors travailler autour de la question de leur idéal de soignant entre normativité, respect des besoins de la personne et protection de celle-ci, ce qui fut favorisé par le soutien institutionnel que ces soignants avaient trouvés.

Quant à cette créativité, on pourrait aussi parler de la manière dont l'analyse des pratiques professionnelles permet de faire de nouveaux liens quant à la compréhension des patients ou quant à l'acceptation de ne pas comprendre tout en restant contenant ; on pourrait encore parler d'inventer et de s'autoriser de nouvelles choses dans les pratiques.

Bibliographie

- Achard, S., Helman, A., Ruzniewski, M. (1996). La relation au malade en fin de vie. Moi professionnel et Moi personnel dans la formation, *Champ psychosomatique* 5, 119-137.
- Bion, W. (1961). *Recherches sur les petits groupes*, Paris, Puf, (1965)
- Bleger J. (1966). *Psychanalyse du cadre psychanalytique*, in Kaës R. *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, (1979), 254-274.
- Diet, A-L., (2003), « Je ferai de vous des esclaves heureux, *Connexions*, 1/2003, N°79, 69-80
- Diet, E. (2003). L'homme procédural. De la perversion sociale à la désobjectivation aliénante, *Connexions*, 1/2003, N°79, 11-28
- (2008). Maîtrise imaginaire et stigmatisation : les procédures contre la clinique, *Ecrire... aux temps du vieillir*, 3^{ème} colloque de l'ARAGP, Lyon, 51-62.
- Gaillard G, Talpin JM, Cuvillier B., (2014) *Pratiques psychologiques et citoyenneté*, Paris, In Press
- Hochmann J., (1994), *La consolation*, Paris, Odile Jacob
- Janin C. (1996), *Figures et destins du traumatisme*, Paris, PUF
- Jarrige, O., Talpin, J-M. (1994). Quand le dément ne reconnaît plus les siens, *L'information psychiatrique*, N°4, Avril 1994, 343-347.
- Kaës, R. (1979). Introduction à l'analyse transitionnelle, in *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1-81
- (1993), *Le groupe et le sujet du groupe*, Paris, Dunod
- Nouvelle revue de psychosociologie*, Faire équipe, 2012/2, N° 14
- Roussillon, R. (1991), *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse*, Paris, Puf
- Talpin J-M. (2011). Le modèle du groupe dans l'analyse des pratiques : groupe fermé/groupe ouvert, continuité/discontinuité dans l'institution, *Nouvelle revue de psychosociologie* N°11, Les groupes d'analyse des pratiques, Toulouse, Eres, 117-130.

QUELQUES PAROLES ...

Groupe Musical BAUME



*baume*²⁸ c'est Olivier Boudier (Basse, chant), David Grua (Guitare), Sébastien "Elliot" Richer (Guitare, chant) et Eric Tuva (Batterie)

Grandissant ensemble depuis plus de 20 ans, David, Olivier et Elliot ont inventé *baume* en 2010 en invitant Eric à les rejoindre.

Imaginé d'abord comme une manière de résister en musique contre les urgences du quotidien, le projet s'est progressivement structuré autour de nouvelles compositions attrapant au vol leurs envies de partages.

Leurs chansons donnent la parole aux temps qui parfois ne passent pas, aux émotions orphelines et à cet étrange besoin de toujours mieux rencontrer l'autre...

Toutes les musiques sont créées en groupe et portent les paroles d'Elliot

²⁸ Retrouvez le groupe et ses titres sur le site : <https://soundcloud.com/baume-musique>

Te revoilà, pistant le poids gris de la veille
 Sous la poudre listant ce qui n'est plus pareil,
 Pantin féminin de patine solaire
 Dans les miroirs sans tain de la foudre vieille

Et toujours cette question qui te ride le front :
Ce sont les noces de quoi qu'on règle sur le billard ?
Et toujours cette question qui te barre le visage :
On peut tenir combien d'apnées de mariage ?

Ton astre, il est là, se mirant en lui-même
 Et ne te loupant pas, micro scoops saillants
 Bistouris sous les doigts, Il n'a qu'un mot à dire
 Pour trancher dans ta panse et tient dans un sourire
 Son stock de doléances qui font que tu te couches
 Toile de fond : fond de teint et retouches
 À portée de ta main, dans ses bulles, une flûte,
 Tu t'apprêtes à payer par la bouche
 Le prix du festin en monnaie de volutes

Et toujours cette question qui te ride le front :
Ce sont les noces de quoi qu'on règle sur le billard ?
Sur ton corps, l'équation qui cote les ravages :
On peut tenir combien d'apnées de mariage ?

Tes colères du matin se corrigent en gouttes
 Des collyres et des bains pour exfolier les doutes
 Usée, accoutumée et prête à nouveau
 Tu te donnes à nouveau, prête à taux zéro...

Tu t'éclaires par à-coups sous la foudre vieille
 Et dis vouloir ruer contre ton Homme-Soleil
 De sa nuit à lui, tu voudrais fermer l'œil
 De ses chers paradis finir de porter le deuil,
 À ses canons d'enfer ne plus rien satisfaire

Mais quand c'est lui qui te prend, mais si c'est lui qui te ferre
C'est en vertu des pouvoirs que toi seule, pourtant,
En vertu des pouvoirs que toi seule confères
À sa lumière ! À sa lumière ! À sa lumière !

**Tu t'éclaires par à-coups sous la foudre vieille
Et aspirés dans un râle aux apnées du soleil**

**Tu t'éclaires sous les coups de la foudre vieille
Et délègues ton souffle, et délègues ton souffle
Aux apnées du Soleil**

Ce que j'ai encore à te dire,
C'est que j'ai fait comme j'ai pu.
J'ai pris la route dès qu'il a plu
Mais elle n'a plus jamais séché.
Nos peurs, je les ai embarquées
Tes sourires essoraient les heures,
Quand le calme trop plat de tes pleurs
Finissait par tarir mes yeux.
Ce que j'ai encore à te dire,
C'est que je n'aurais pas pu faire mieux,

**Pour toi j'ai longé tant de lacs
J'ai pris pour toi l'élan des arcs
C'est ton doigt qui guidait ma main
Quand ma main t'arrachait du sol
À chaque explosion du matin,
Ton souffle était ma boussole.**

Ce que j'ai encore à te dire,
C'est que je n'ai cessé d'y croire.
J'étais si seul, sous chaque pire
Cherchant sous d'autres pierres l'espoir,
Piratant les éclairs frileux
Pour te lire des morceaux d'histoire.
Ce que j'ai toujours voulu te dire,
M'a longtemps laissé dans le noir
Comme cette mine de kilomètres
Que l'on a creusée au goutte-à-goutte
Qui n'existait que pour te permettre
D'un jour, enfin, quitter la route,

**Pour toi j'ai longé tant de lacs
J'ai pris pour toi l'élan des arcs
À chaque explosion du matin
C'est ton doigt qui guidait ma main.**

Mais dans les phrases que j'imagine, celles qui, en silence, me dessinent
Viennent d'une passagère de fortune, inopportune clandestine
Qui aurait pu être Première.

Ce que j'ai tant voulu te dire est resté au creux de ma chair,
Encore en butte à ses mystères.

J'aurais dû te dire son désir
De ne pas tenter le détour, de ne plus voir se lever le jour
Son besoin de d'abord en finir...

J'aurais dû te dire son amour, son amour, son amour
Même si elle n'a pu te l'offrir

Tu viens d'être, tu viens de loin

Tu viens d'être sans lien

Moi je viens d'être percuté

De plein fouet

Par tes cils de sang

Par vos corps qui explosent

Par l'essor qui s'impose

Et recrée tout pourtant

Tu viens de me faire, Tu viens de me faire

Tu viens d'être isolée

Et je viens d'être perfusé

Des mille grâces fragiles

Que ton souffle distille

Que tes gestes éparpillent

En éclaireurs tenaces

De tes danses de fille

Tu viens de me faire, Mon accrochage avec la peur

Tu viens de me faire, Goûter le bruit des premières heures

Tu viens de me faire

En un instant franchir l'enfance

Tu viens de me faire

Une offre d'air en permanence

Tu viens de me faire

Tu viens de me faire père

Perturbante promesse

Aux longs doigts de pollen

Et il faudra ta mère

Pour m'arracher,

Sereine,

À ton regard de fée...

*« Vos cieux se baissent et ces ombres douillettes
Vous font croire que l'hiver est encore nécessaire
Mais moi je laisserai cette saison bredouille
Etes-vous bannis des fiers pour à ce point les laisser faire ?*

*Les premiers froids tombent sur nos maisons de personnes
Nos âges sont ridés et nos visages usés s'étonnent d'être encore là
Pourtant dès que rougit l'automne, vous avancez
Pour mieux lui claquer dans les doigts »*

Oh je l'ai couché ce poème

Comme une alarme sous les couleurs de mes yeux blêmes

Qui crachent leur faible lumière

Depuis que mes ans se décomptent en dizaines

Que les amis censés me voir grandir encore

Ont perdu presque tous les Nords

« Il fait si noir quand seuls les bruits sont allumés

À l'étage du soir, on est âgé sans le vouloir

Je vous regarde et je me vois, je voudrais garder contre moi

Ce que la nuit va découper, à coups de secondes éveillées :

C'est ma raison, une oraison comme horizon...

Leurs yeux me blessent, ils mentent et me respirent

Vaut-il mieux leurs caresses ou la griffure de leurs sourires ?

Quand ils m'abaissent à coup d'absences

Et de « bien sûr », j'ai soudain peur de l'air

Entre leurs promesses et le mur.

Les derniers choix tapissent nos maisons de personnes

Nos gestes sont vidés, seule la chimie est autonome

Dans ces endroits : de jeunes leçons de certitudes

Décident de nos aptitudes et de nos droits. »

Oh il a coulé ce poème

Comme une larme sous les couleurs de mes yeux blêmes

Qui crachent leur faible lumière

Depuis que mes ans se décomptent en dizaines

**Que les amis censés me voir grandir encore
Sont tous les jours
Un peu plus morts**

**Oh je l'ai gardé ce poème
Comme une alarme sous les couleurs de mes yeux blêmes...
Qui crachent leur faible lumière
Depuis que mes ans se décomptent en dizaines
Que les amis censés me voir grandir encore
Sont tous les jours
Un peu plus morts**

Mes yeux se baissent et sur ta peau douillette
Je perçois la sueur, douce synthèse de nos peurs et de nos liesses
Glissant au fond de l'oubliette je vois mieux ses humeurs
À L'autre Aloïs... qui valse ailleurs.

La cour,
 Je sais qu'ils se la font
 Mais moi je la traverse :
 Grimé en papillon,
 Je cours à la renverse.
 Pour me réchauffer
 À coup d'œil et de tête,
 Je dois leur arracher
 Des caresses d'allumettes

**Un jour,
 Un jour je serai sûr,
 Un jour,
 Et je serai vivant
 Un jour, pas avant**

Le tour de toutes les questions
 Pour eux c'est sans problème
 Mais moi j'ai les yeux ronds
 Et les tours, je m'y enferme
 Digérées, déjà vues, vos doses d'unisson
 De jade et de vertus restent pour moi des donjons

**Un jour,
 Un jour je serai sûr,
 Un jour,
 Et je serai vivant
 Un jour, pas avant**

L'humour,
 Je sais ce qu'ils en font,
 Quand moi je dois en être.

Je dois toucher le fond
 Pour qu'ils sachent où me mettre.

Pour faire plisser leurs bouches
J'incarne mes dessins.

Dans le noir des cartouches
Je laisse tremper les mains

(refrain)

Sourds,
Je sais bien qu'ils le sont
Sans se donner de peine
Quand je hurle à tâtons
Dans leurs manteaux de haine.
Sans jamais les chercher,
Je les trouve à mes trousses
De toutes parts normés,
Me renvoyant ma frousse
De n'être que mort-né,
De n'être que tordu,
Fils de la tribu, des foetus bornés...

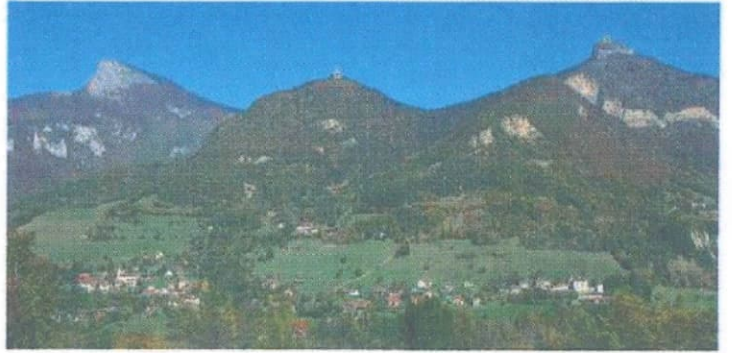
De n'être que tordu
Fils de la tribu, des foetus têtus...

Oh l'amour
Je sais bien qu'ils le font
J'en vois sur moi les miettes,
J'envoie couler au fond
Leurs vaisseaux de paillettes,

Un jour, je serai sûr
Et je serai vivant,
Un jour, je serai sûr,
Un jour,
Pas avant.

HOMMAGE A CLAUDE BALIER

M. TROUILLOUD²⁹ et M. MYSLINSKI³⁰



Claude BALIER

« Je reste vivant dans les livres »

J'ai rencontré Claude Balier.

A travers ses mots, sa pensée, il y a bien longtemps, en 1989.

J'étais étudiante. J'essayais de comprendre.

Le vieillissement d'abord, les vieux ensuite.

Claude Balier, un nom, quatre articles :

1976, « Eléments pour une théorie narcissique du vieillissement »,

1979, « Pour une théorie narcissique du vieillissement »,

1982, « Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement »,

1984, « La relation psychothérapique avec la personne âgée ».

Il offrait là des voies de compréhension, une voie à emprunter.

Il encourageait à poursuivre, à développer.

Il proposait une manière de saisir l'autre à travers lui, à travers soi.

Claude Balier, un nom, quatre articles,

Comme gardiens des possibles,

Donnant envie d'en trouver d'autres, d'aller plus loin.

Un nom, quatre articles,

²⁹ Psychologue, Docteur en Psychologie et Psychopathologie Cliniques, Membre du Bureau de l'ARAGP.

³⁰ Psychologue, Maître de Conférences des Universités, Grenoble 2 (retraîtée), Membre du Bureau de l'ARAGP.

Ayant permis appropriation gérontologique de la question du narcissisme,
Approche de l'idéal sur le terrain clinique
Première réflexion psycho-dynamique sur la démence,
Aménagement de la relation transférentielle.
Un nom, quatre articles, lus encore et encore
Pour assimilation, pour réassurance,
Pour débusquer la nuance,
Pour trouver ce qui ne s'offre que dans l'effort.

Je n'avais pas prévu de croiser Claude Balier.
De toute façon, il n'était pas un homme du réel.
Juste une pensée. Juste un objet interne.
De toute façon, son chemin professionnel l'avait éloigné des problématiques du vieillir,
Pour l'amener en prison
Prendre soin des hommes, des femmes,
Emportés par la violence dans le crime sexuel,
Créer une clinique novatrice.
J'aurais pu croiser Claude Balier en 1998,
Lors de sa venue à l'ARAGP
Pour parler de la violence de la vie.
Mais je n'étais pas là.

J'ai croisé Claude Balier en 2007,
Invité pour fêter les 40 ans d'une institution grenobloise dont je suis.
Claude Balier, un corps, une attitude, une voix, un regard.
Là, tout en tranquillité, curiosité, disponibilité.
L , sûr de sa pensée sans l'imposer, homme affirmé avec humilité.
Bien là, vieil homme ne cherchant pas confirmation narcissique,
Nul doute que ses patients ont pu se trouver auprès de lui et de son équipe.

J'ai écrit à Claude Balier
Pour faire connaissance, échanger sur mon travail,
Réfléchir sur la question de la démence
Et ses possibles liens avec des douleurs narcissiques primaires.
Il m'a répondu très gentiment.

J'ai rencontré Claude Balier. Pour de vrai.
Brèves rencontres. Si jolies rencontres.
Quelques rencontres groupales,
Quelques déjeuners en tête à tête,
Repas équilibré choisi avec attention par ses soins.
Dans sa maison ensoleillée,
Des livres, partout, bien rangés, comme compagnons intimes, comme traces de soi,
Un portrait sur la cheminée réalisée par une voisine,
Des oiseaux sur la terrasse renouvelant l'émerveillement,
La montagne pour contemplation,
Le yoga pour les retrouvailles avec soi-même,
Les amis, les voisins, pour une lecture partagée de l'expérience de chacun.

Puis un jour,
Il est venu dire,

Avec simplicité,
La vieillesse et les incapacités
La mémoire et ses failles
La solitude et l'angoisse
La mort qui approche
La certitude de rester vivant dans les livres
La maison de retraite qu'il faudrait éviter
La rupture.

J'ai rencontré Claude Balier,
Fort et fragile,
Doux regard qui retient,
Parole qui cherche et écoute,
Sincérité offerte et attendue,
Ouverture à l'existence de l'autre.

J'ai rencontré Claude Balier
Il adorait les fraises,
Une consolation peut être
Face à la violence de la vie.

Mireille Trouilloud

Nous venons aujourd'hui, Mireille et moi, vous parler de Claude Balier, au présent et au passé.

Au passé, oui: nombre d'entre nous ,ici,savent qu'il est décédé depuis près d'un an, en 2013. Beaucoup parmi nous se souviennent de sa dernière intervention, ici même, en 1998,dans une journée dont le thème était "L'intérêt pour le vieillissement à l'épreuve du temps "; il avait alors évoqué, avec discrétion et pudeur,son propre regard sur son vieillissement personnel,mettant à l'épreuve et remettant sur le métier, encore, ses points de vue antérieurs élaborés dès les années 70-80, au fil de sa pratique clinique de psychiatre de secteur dans le 13^{ème} arrondissement de Paris, dans l'un des tout premiers Centres de Jour,ouverts en France;En 1998,il avait de nouveau évoqué les repères qu'il avait dégagés sur la vie psychique de l'être humain traversant la vieillesse et les risques que comporte cette dernière étape de vie;(cf. texte in Actes de cette journée)

Pour ma part, je me souviens de mes premières rencontres avec C Balier, en 1979;il arrivait en région grenobloise et avait accepté, à la demande du PR Robert Hugonot, de superviser l'équipe dite de "Sociothérapie", dans ce service de Gériatrie du CHU de Grenoble, Equipe destinée à "humaniser", selon le terme de l'époque, la vie quotidienne des quelques 500 à600 personnes âgées, et de leurs soignants; en fait, service d'allure encore totalement hospiciale, conforme aux descriptions de lieux similaires que fait J Hochmann, dans son ouvrage, "La consolation";j'avais débarqué dans ce service par hasard(?)fin 1976,avec pour bagage, une presque licence de Lettres, une licence de Psychologie, et 5 ans d'expérience de l'enseignement de la langue française dans un

collège d'une bourgade de l'Ouest algérien, au titre de la coopération civile; j'ignorais alors quasiment jusqu'au sens des mots "Gérontologie" et "Gériatrie". Je faisais fonction d'animatrice et de coordinatrice d'une équipe de 120 bénévoles, environ, et l'équipe de Sociothérapie comportait alors, 3 psychologues, 1 autre animatrice, 1 assistante sociale, 1 kinésithérapeute, 1 ergothérapeute, 1 psychomotricienne et 1 esthéticienne; au passage, ceci démontre encore l'ampleur et la qualité de la tâche entreprise par R Hugonot: rendons lui hommage, de nouveau, également.

Durant un an et demi, deux heures par mois, C Balier a supervisé cette équipe: je résumerai cette expérience, pour moi fondatrice, en ces termes: écoute, écoute, écoute: Claude Balier n'était pas un bavard et ne parlait pas pour ne rien dire: ses propositions étaient mesurées et nuancées, prudentes et sûres à la fois; il savait comprendre et mettre en sens tant les comportements et paroles des vieilles personnes cantonnées dans ces murs que ceux et celles de leurs soignants, dont une partie, alors, se trouvaient là par mutation disciplinaire, affectés d'office à ce service «déchetterie" du CHU .Il nous indiquait aussi les références bibliographiques psychanalytiques qui construisaient progressivement le socle, les bases, de nos connaissances actuelles dans le champ du vieillissement psychique et des aléas dramatiques qu'il peut comporter; il partageait avec nous ses hypothèses sur les états démentiels, et sur les voies psychothérapeutiques qu'elles impliquaient.

Tout cela a été complètement nouveau pour moi, pour nous, et m'a marquée, comme d'autres personnes de cette équipe, de manière indélébile .Je garde encore en moi l'écho des paroles de Claude Balier, nous énonçant la souffrance intime des vieux et des soignants, tous souvent à la peine, et qui, tous, pourtant, s'"accrochaient", et à tous sens du terme, parfois, au jour le jour. Je me souviens de ce dont nous prenions conscience, grâce à ses paroles, conscience de la douleur de la solitude profonde des uns et des autres, vieux et professionnels, ignorés, relégués là, dans ces 4 pavillons d'une vétusté incroyable, par le corps hospitalo-universitaire, mais aussi par notre société, en général.

Pour moi, ce corpus d'apports cliniques a très largement contribué à l'orientation et la mise en œuvre de mon propre cursus de formation de psychologue clinicienne, puis d'exercice professionnel en milieu gérontologique, et d'universitaire ,enseignant tant en formation initiale des futurs psychologues qu'en formation continue des professionnels du terrain gérontologique, notamment par le biais du Centre Pluridisciplinaire De Gérontologie, où je rencontrais souvent C Balier, qui intervenait régulièrement.

Pour nous tous, qui avons bénéficié de ses apports, il a essentiellement contribué à la mutation de nos regards sur les personnes âgées, dont nous avons appris, et continuons d'apprendre à "prendre soin"; de " choses à soigner" qu'elles pouvaient être souvent, elles sont devenues nos semblables, , en tout sauf l'âge, elles et nous tous les mêmes ,"dans le fond", toujours vivants comme nous, désirant, comme nous, souffrant et aimant, comme nous, en demande d'amour et en puissance d'amour, comme nous, jusqu'au bout; et notre conception du soin a évolué aussi vers l'accompagnement de leur vie jusqu'au bout de celle-ci, plutôt que vers la seule dispensation de soins "à la chaîne" par des "ouvriers-soignants- à la chaîne" également; et ce combat n'est pas fini, loin de là, par effet de nombre, d'effectifs insuffisants, de manque de formation, absence de choix

ou de motivation, manque de soutien, perte , même, parfois ,du sens de vivre ensemble , dans les mêmes lieux et contextes. Claude Balier a pris part aux changements de perspective qui ont marqué les décennies post-70; il nous a aidés à répondre par l'affirmative à la question cruciale qui concerne tout autant les vieux que leurs soignants, la question que posait Primo Lévy à propos des internés et des mis à mort en camps de concentration durant la dernière guerre mondiale , " Si c'est un homme...." C Balier nous a aidés, à penser les vieux et à nous penser, nous-mêmes, nous, leurs soignants, comme membres de la même espèce,, à jamais, et quelle que soit l'histoire de chacun, sujet, de manière inaliénable, de sa propre existence, et de notre communauté humaine. Il n'a pas été le seul à construire ce regard -là sur les personnes âgées, et nous avons la chance d'être, aujourd'hui, ici, aux côtés de JP Vignat, H Reboul, M Grosclaude,, P Charazac, et bien d'autres professionnels qui ont pris part à l'évolution des milieux gérontologiques , gériatriques, géronto - psychiatriques; Claude Balier a fait partie des premiers, précurseurs dont la pensée sur la vie psychique tardive est loin d'être obsolète, et qui nous parle , à nous tous, vieux ou moins vieux, soignés et soignants, malades et bien-portants, socialement insérés ou exclus; pour mémoire, rappelons nous que, là encore, pionnier, C Balier, après avoir travaillé avec les personnes âgées, a exercé en prison, avec les plus exclus des exclus, les criminels incarcérés pour crimes sexuels, notamment;

Pour toutes ces raisons, nous pouvons, aujourd'hui, penser à Claude Balier au présent, malgré son absence; pensons à lui avec reconnaissance, considération, respect et gratitude, pour l'homme qu'il fut, le thérapeute qu'il était, le passeur de savoir sur l'être humain qu'il demeure, et notamment , au travers de ses écrits; Il nous a transmis sa pensée, sa pratique; beaucoup d'entre nous les avons mis en oeuvre, les avons transmis, autant que cela nous a été possible; gardons- le en mémoire, lisons- le, retrouvons- le dans ses textes, c'est un bel hommage à lui rendre, que de le suivre ainsi dans sa pensée, de marcher encore dans ses traces bienfaites et fécondes:

"Longtemps, longtemps, longtemps après que les poètes ont disparu, leurs chansons courent encore dans les rues....."

4ème COLLOQUE élaboré et organisé par

Véronique CHAVANE, Catherine HAFFNER, Aurélie KALISZ,
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