Université de Nice – Sophia-Antipolis
U.F.R Lettres, Arts et Sciences Humaines
Laboratoire interdisciplinaire LIRCES

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITE DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
Formation doctorale : Psychologie
Présentée et soutenue publiquement
Par
Emile GUIBERT
Le 2 mars 2013

Titre

« L'impensé de la maltraitance
Du désaveu à la répétition institutionnelle en gériatrie »

Directeur de thèse :
André Quadéri, Maître de conférences, HDR

Jury :

Michèle Benhaïm, Professeur de psychopathologie à l'Université d'Aix-Marseille
Benjamin Jacobi, Professeur émérite de psychopathologie à l'Université d'Aix-Marseille
Serge Lesourd, Professeur de psychologie clinique à l'Université de Nice
Arnaud Rey, Maître de conférences en psychologie à l'Université d'Aix-Marseille

Février 2013

Remerciements

Je tiens particulièrement à remercier André Quaderi qui a su, en usant de patience, de pédagogie et d'amitié, me transmettre une position clinique, fondement de ma pratique actuelle et de son devenir, quel qu'il soit.

J'adresse un remerciement spécial à Roland Gori, qui, en m'indiquant le sens et la fonction d'une démarche heuristique propre à la psychanalyse, m'a permis d'initier l'écriture de ce travail.

Je remercie infiniment les Professeurs Michèle Benhaïm, Benjamin Jacobi et Serge Lesourd, ainsi qu'Arnaud Rey, Maître de conférences, de me faire l'honneur d'être membres de ce jury.

Un grand merci à ma famille et à tous mes amis pour m'avoir aidé et soutenu tout au long de ces huit années d'études.

Sommaire

Prolégomènes

1. Introduction générale, problématique & heuristique.
2. Présentation des phénomènes de maltraitance dans le champ gérontologique.
3. Le désaveu, introduction conceptuelle.

Première partie

Axe central : le désaveu, opérateur central des phénomènes de maltraitance par négligence

4. Pour introduire le pacte de désaveu.
5. L'inquiétante étrangeté ou l'échec du pacte.
6. D'un possible rapport entre le Double et l'objet-fétiche.
7. De désaveu.

Deuxième partie

Interstice : L'échec de la déontologie, effet opératoire du désaveu. Détours psycho-logique.

8. La déontologie : présentation et introduction structurale.
9. Déontologie et soignants : le cas de la maltraitance institutionnelle.
10. L'échec de la déontologie : logique, dilemme & paradoxe.

Troisième partie

Axe transversal : La répétition, corrélat du désaveu. Vers une potentialité clinique.

11. La compulsion organisée.
12. Retour sur le transfert : horizons cliniques.

13. Conclusion & ouverture.
14. Annexes.
15. Bibliographie.
16. Index des noms.
17. Index des mots-clés.
18. Table des matières.

Prolégomènes



A question (La question)
Donna Becher

1. Introduction générale, problématique & heuristique.

Depuis quelques années déjà, la maltraitance des personnes âgées est un phénomène qui ne manque pas de faire l'actualité, laissant dans l'ombre des siècles de déni de son existence. Ainsi, sa connaissance s'est diffusée des milieux professionnels spécialisés (médico-légaux ; gérontologiques ; sociaux) vers le grand public. Aujourd'hui, émissions, documentaires, revues, ouvrages et colloques sont consacrés à la question. Le politique s'en est également saisi, organisant un plan de lutte contre le phénomène par ce qu'il dénomme la Bientraitance de la personne âgée. Celle-ci occupe désormais une place majeure dans les programmes de formation professionnelle en institution gérontologique, avec au centre les termes d'Ethique et de déontologie. Ceux-ci s'associant la plupart du temps à une demande de réflexion concernant la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, autre sujet d'actualité. Pourtant, dans le cadre de la recherche universitaire, très peu de travaux ont été réalisés et aucun ne regroupe l'ensemble des dimensions que nous venons d'évoquer. En ce qui concerne les travaux de thèse, il n'en existe aucune dans le champ de la psychopathologie, soutenue ou en cours de réalisation. Une masse d'articles existent pourtant sur l'un ou l'autre des thèmes cités, parfois de manière transversale, mais publiés dans des revues non qualifiantes, revues majoritairement dédiées à des acteurs de terrains (infirmières, acteurs sociaux, directeurs d'établissement, etc.). Il s'en trouve également dans des revues visant un large public et ayant pour vocation d'informer et de vulgariser.

Une question s'impose alors : comment expliquer l'inexistence de travaux de recherche sur ces questions ? Dans un premier temps, la réponse peut paraître trop simple : il faut d'abord, comme condition initiale, que la maltraitance ait quelque chose à voir avec la psychopathologie. Précisons tout de même : quand nous parlons de maltraitance, nous ne faisons pas référence aux actes de maltraitance active d'un aidant familial ou d'un membre d'une équipe soignante, la plupart du temps isolé, et nécessitant une étude à chaque fois singulière car

mettant en jeu la problématique psychopathologique d'un sujet. Le fait que nous ayons évoqué plus haut les termes d'éthique et de déontologie montre déjà que le champ de notre interrogation se situe ailleurs : dans le cadre d'un collectif, d'une institution et à travers ce que l'on nomme la maltraitance par négligence ou passive, toujours liée à un contexte institutionnel dans la situation que nous allons étudier. A présent, dire qu'il s'agit d'abord de situer ce type de maltraitance dans le champ de la psychopathologie institutionnelle permet de compléter la réponse fournie.

Toutefois, pouvoir *situer* semble être non pas le point de départ mais une des étapes finales de la recherche dans ce domaine précis. Ici s'introduit la question de l'heuristique, cette partie de la science s'intéressant au processus de la découverte, se traduisant par des questions qui résument l'ensemble de notre démarche de recherche : comment en arrive-t-on à pouvoir situer ce phénomène dans ce champ ? Quelles sont les étapes de ce trajet, de cette découverte ?

Ces questions semblent comporter différents sous-entendus : si ce phénomène ne peut être analysé indissociablement du trajet qui mène à sa reconnaissance alors il existe des contraintes à penser ce processus. De l'existence de contraintes à penser se déduit l'existence de processus institutionnels maintenus dans l'impensé, d'où s'ensuit la formulation suivante : comment, à partir de l'impensé, arrive-t-on à pouvoir penser ce processus, ici comme théorisation d'une expérience institutionnelle ?

Sous un autre angle de vue, il est opportun de s'interroger sur ce qui est en jeu dans le maintien d'un impensé ainsi que sur la nature et la fonction du ou des opérateurs permettant ce maintien.

Etude dont l'intérêt serait limité si elle ne se basait sur le repérage d'une souffrance ; une souffrance dans le rapport à l'institution exprimée lors des entretiens que nous avons mené avec Sylvie, Frédérique et Emilie, aides-soignantes dans la maison de retraite publique à laquelle nous sommes attachées. Cette souffrance dans leur travail constitue le point de départ de notre étude, elle est au centre de notre démarche de recherche clinique. A ce propos, une réflexion de René Kaës tirée de son ouvrage « L'institution et les institutions » va nous permettre de développer un point précis : « L'institution est

un objet psychique commun : à proprement parler elle ne souffre pas. Nous souffrons de notre rapport à l'institution, dans ce rapport. […] C'est l'institution en nous, ce qui en nous est institution, qui se trouve en souffrance. C'est à cette souffrance et à cette difficulté spécifique à la reconnaître, que le psychanalyste peut être attentif. »[1]. Cette souffrance du sujet en lien avec l'institution n'est pas sans soulever, selon l'auteur, une « difficulté spécifique » dans le processus de son identification, de sa reconnaissance. C'est à cet endroit que nous voudrions insister pour pouvoir introduire peu à peu une problématique.

Une entrave sur le trajet menant à reconnaître une souffrance, à penser un ou plusieurs processus institutionnels impliquent, comme nous en faisions allusion plus haut, l'activité d'un opérateur. Tout au long de son ouvrage, Kaës en repère et étudie trois principaux : le refoulement, le déni et le désaveu. Il précise également le lien de ces opérateurs avec cette souffrance liée au fait institutionnel : « Ce qui, dans le rapport à l'institution, demeure en souffrance doit au refoulement, au déni, au désaveu de demeurer impensé. »[2].

A cet endroit, seul le recours à la clinique peut nous orienter. Clinique et recherche clinique que nous ne concevons pas comme une mise à distance avec l'objet étudié mais plutôt comme une recherche nous incluant en tant que psychologue clinicien et acteur institutionnel. Ce qui inclut l'analyse de notre rapport à l'institution, des effets de celle-ci ainsi qu'une position centrale au sein de la démarche heuristique et de son ordre.

De nos séries d'entretiens (trois avec Emilie ainsi qu'avec Sylvie et Frédérique) réalisés dans le cadre de notre travail, à maintes reprises la souffrance exprimée dans le travail quotidien était associée avec un savoir qu'elles affirmaient détenir concernant les pratiques de maltraitance par négligence. Avant de citer leurs propos, il semble important d'introduire le contexte et les conditions de travail dans lequel elles évoluaient professionnellement lors de la réalisation de ces entretiens. Pour diverses raisons : manque de personnel pour causes de maladies, de gestion des congés, de non renouvellement de contrat pour des raisons budgétaires, les soignants se sont retrouvés en sous-effectif pour un établissement de 82 résidents âgés. Pour donner un exemple, elles se

[1] Kaës, R. *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques.* Paris. Dunod. 2000. p.37
[2] Ibid p.2

retrouvaient pendant les matinées (période où la charge de travail est la plus importante en maison de retraite) à deux par étage. Les étages comprenant entre 25 et 30 résidents. En termes de tâches à réaliser, ceci inclut le réveil des résidents, le service du petit-déjeuner, les actes de toilette quotidiens (aide à la toilette ou toilette intégrale ; les résidents accueillis ayant des degrés de dépendance plus ou moins importants), les actes de soins, l'aide à l'habillage, etc.

Inutile de préciser que le rapport entre charge de travail et nombre de personnel en poste est complètement déséquilibré. Un tel contexte ne peut qu'inexorablement dérivé vers un ensemble de pratiques regroupées sous la dénomination de maltraitance par négligence. Cette dernière peut se définir comme le fait de ne pas subvenir aux besoins d'une personne âgée dépendante aux niveaux physique, psychologique, affectif. La négligence peut relever d'une intention active de nuire ou passive et donc sans que cette intention existe. Cette thèse examine ce deuxième cas de figure comme mentionné plus avant.

Nos entretiens avec Emilie peuvent ici apporter plus d'éclaircissement quand à la nature de l'opérateur dont nous avons fait mention. Lors des deux premiers entretiens, Emilie décrit des conditions et une charge de travail tellement importantes qu'elles ne peuvent être dissociées de phénomènes de maltraitance par négligence : deux aides-soignants par étage pour 25-30 résidents, des douches données aux résidents seulement une fois par semaine, 15 minutes dédiées aux résidents pour les actes de toilettes, un rendement à assurer lié à des consignes hiérarchiques…De ses descriptions d'un quotidien se déduit une souffrance vécue dans son travail qu'elle exprimera lors du troisième entretien :

« Je me sens impuissante parfois. Il y a des jours où tu pars, tu es super satisfait de toi parce que tu as bien bossé et il y a des jours où tu pars et tu es déçu car il y a pleins de choses que tu n'as pas pu faire, parce qu'on était pas en nombre. Ces jours là je peux pas faire plus que ce que je fais déjà… ».

Emilie repose en fin de compte une question fondamentale à savoir ce que devient l'identité, la fonction et l'idéal du soignant dans un tel contexte de travail.

Thèmes que nous ne manquerons pas d'approfondir une fois notre problématique posée. Poursuivons, Emilie fait état à plusieurs reprises d'une connaissance, d'une conscience et d'un savoir concernant le lien entre ce contexte de travail et la maltraitance par négligence, et l'exprime particulièrement sous les formes suivantes : « je le sais bien » ; « je le fais quand même », lors de nos entretiens :

Clinicien : « Combien de temps passez-vous avec chaque résident pour la toilette du matin ? »

Emilie : « Je sais pas…euh…on commence à 8h15 jusqu'à 11h-11h30…euh…ça dépend… »

C : « Une demi heure ? »

E : « Non…un peu moins…même il y en a avec qui ça peut durer qu'un quart d'heure ».

C : « Vous pouvez me dire comment se passe une toilette avec ce temps-là ? »

E : « Tu laves le plus important…le visage, les mains, les fesses…Tous les week-ends c'est comme ça…donc c'est assez rapide »…Elle rit… « Oui c'est sur, ce n'est pas normal… mais bon.. ».

Oui c'est sûr, ce n'est pas normal…mais bon voilà une formule qui ne va pas sans faire écho au « Je sais bien…mais quand même » d'Octave Mannoni. Dans un article du même nom, l'auteur met en lien une formulation *typique* et *stéréotypée* utilisée par les patients en analyse avec un opérateur, le désaveu, une des nombreuses traductions françaises du terme *Verleugnung* employé par Freud. Bien qu'ayant servi pour décrire le processus psychotique, Mannoni fait plutôt référence ici à un emploi, cette fois conceptualisé, que l'on retrouve dans des articles de Freud tels que *Le fétichisme* ou *Le clivage du moi dans les processus de défense*. Freud donne l'exemple du petit garçon qui, ayant observé l'absence de pénis chez la fille, désavoue la perception de la réalité dans le but de conserver sa croyance au phallus maternel. Toutefois, à la suite de ce processus, la perception de la réalité et son déni vont coexister, la croyance en question sera simultanément conservée et abandonnée, révélant l'instauration

d'une scission du Moi. Nous ne manquerons pas d'analyser en détail ces articles ainsi que la conceptualisation de la *Verleugnung*. Ce qui nous intéresse à ce stade introductif est de pouvoir mettre en lumière l'activité d'un opérateur spécifique ainsi que son champ d'action venant entraver le processus de pensée. Plusieurs questions vont logiquement se formuler. Dans un premier temps, il s'agit d'identifier la croyance que les propos d'Emilie manifeste. « Oui c'est sûr, ce n'est pas normal » autrement dit elle *sait bien* que le contexte dans lequel elle travaille favorise l'établissement de pratiques relevant de la négligence *mais bon*. On est en droit de s'interroger sur ce « mais bon ». Emilie reconnaît sans l'ombre d'un doute cette réalité institutionnelle *mais quand même* … Quelque chose semble insister. Mannoni donne l'exemple d'une croyance persistante malgré le démenti infligé par la réalité :

« Il y a, on le sait, un patient de Freud à qui une devineresse avait prédit que son beau-frère mourrait pendant l'été, empoisonné par des crustacés. L'été fini, le patient déclare à Freud à peu près ceci : « Je sais bien que mon beau-frère n'est pas mort, mais quand même cette prédiction était formidable. » Freud a été profondément étonné par ces paroles ; mais à ce moment-là il s'intéressait à un problème tout différent et il ne s'est pas interrogé sur la forme de croyance que cette phrase implique. Il faut bien en effet que quelque chose de la croyance, supportée par la devineresse, subsiste et se reconnaisse, transformé, dans ce sentiment absurde de satisfaction. »[3]

Cette formulation repérée par Mannoni dans sa clinique analytique met donc en lumière la façon dont une croyance peut se perpétuer, équivalent au *mais quand même*, malgré la reconnaissance par le sujet de la réalité dont témoigne le *je sais bien*. Emilie reconnaît l'existence de la maltraitance par négligence mais semble souligner par ce « mais bon » qu'il semble en être pour elle, *malgré cela,* autrement. Il faut quelque peu extrapoler, construire l'allusion à cette croyance dont fait mention le *mais bon*. Ainsi, on pourrait reformuler ses dires de la façon suivante : Je sais ce que je fais mais je le fais quand même. Ici se dévoile le point

[3] Mannoni, O. *Clefs pour l'imaginaire ou l'autre scène*. Paris. Seuil. 1969. p.12

central de l'opération. Emilie, en toute connaissance de cause et malgré la souffrance qu'elle éprouve dans son travail, continue, poursuit celui-ci. Elle n'a d'ailleurs pas le choix dans une telle situation ; mais se suffire de cette explication serait passé à côté d'une question qui semble apparaître : qu'est-ce qui permet à Emilie de continuer à travailler dans un tel contexte ?

L'aspect contradictoire de la croyance en question apparaît ici, en négatif : je ne fais pas d'actes de maltraitance par négligence autrement dit *je sais que c'est de la maltraitance par négligence mais je crois bien faire mon travail quand même*. La croyance semble de l'ordre d'un soutien de l'idéal de la fonction de soignant, l'idéal du bon soignant en quelque sorte. Croyance dont le maintien témoigne de l'existence d'un autre ordre de réalité, singulier, appartenant au domaine psychique.

Pour répondre à la question précédente, il faut insister une fois de plus sur cet aspect contradictoire mais cette fois dans ce que l'on peut déduire du *je sais bien* et du *mais quand même* en termes de jugement sur une réalité. Le premier mouvement a été préalablement dégagé : en effet, Emilie reconnaît l'existence de cette réalité mais c'est sur le second mouvement, en tant que persistance de la croyance, qu'il convient désormais de s'arrêter. L'aspect contradictoire dont nous parlions révèle la coexistence du déni à cette reconnaissance de la réalité, le clivage en d'autres termes. Les propos que nous avançons sont rendus plus intelligibles par cette formulation : *Je sais que la maltraitance existe dans cet établissement mais quand même je continue de croire que je n'en fais pas*. Il est désormais possible de répondre à la question posée plus haut. Le désaveu (*Verleugnung*) permet à Emilie de continuer à travailler. Ainsi, un des axes majeurs de notre problématique a pu être posé : la maltraitance par négligence, et plus précisément son maintien dans un statut de désaveu.

Le second exemple que nous proposons, tiré de nos entretiens avec Sylvie cette fois, va permettre d'introduire la dimension institutionnelle de ce processus de désaveu. Dimension que nous avions annoncé centrale dans notre recherche.

Lors de notre second entretien, Sylvie évoque ce contexte de travail auquel faisait allusion Emilie mais en se centrant sur une période estivale qui fut particulièrement difficile où les douches données aux résidents dépendants

n'avaient pas été données pendant plus d'un mois. Les congés annuels, les arrêts maladies s'ajoutant au manque de personnel dans l'établissement. Sylvie parle de sa souffrance de soignante, de sa colère, de son souhait de changer les choses qu'elle relie à son impuissance face à l'organisation, la mécanique institutionnelle :

« « Pour moi c'est de la négligence, j'ai l'impression de n'avoir pas fait mon boulot. Après on s'étonne qu'il y ait des escarres, des rougeurs… On est consciente qu'on ne le fait pas correctement…Ou il faut être toutes solidaires et en discuter ou alors on reste dans notre cocon et on continue à travailler comme ça. »

Cette fois, Sylvie propose une seconde alternative au « Je sais bien mais quand même ». Soit *continuer à travailler malgré ce contexte* (Je sais bien mais quand même) soit « être toutes solidaires et en discuter » ou en d'autres termes faire quand même ce qu'en tant que soignant nous jugeons conforme à notre éthique et ce malgré le risque de bouleverser toute l'organisation du service. Elle évoque cette solution en ces termes : « Quand elles étaient que deux par étages et qu'elles me disaient « ça fait un mois qu'on donne pas les douches », moi personnellement j'aurai donné mes douches. Je finis à 13h, je finis à 13h. Le problème c'est que tu décales tous les autres services. Si je suis seule à le faire ça ne va pas passer donc il aurait fallu être toutes solidaires pour prouver que si on veut faire du bon boulot, il fallait donner toutes les douches. »

L'esprit de cette solution radicale se retrouve, bien que plus nuancée, dans une démarche qu'elle nous confia lors de notre premier entretien. Celle-ci consistait à prendre un rendez-vous avec sa surveillante à qui incombe la responsabilité du service de soins. La nuance de cette solution est qu'il ne s'agissait pas encore de faire pression en s'opposant mais plutôt de manifester, au sens de rendre public un état de fait pour le contester. Sylvie lui fit part de son impression de « bâcler son travail », des conséquences du manque de personnel et donc de temps sur la relation de soin, du malaise qu'elle vit au sein de l'institution. La réponse de sa surveillante fut brève mais parlante : « Tu es trop perfectionniste ! ». Cette

formule va nous permettre de reposer une seconde fois la question : qu'est-ce qui permet de continuer à travailler ? Le désaveu avait été proposé comme réponse. Dans cet exemple, celui-ci se présente dans une dimension violente par l'acte de déni qu'il englobe et par l'effet de clôture qu'il provoque. La maltraitance par négligence se trouve ainsi désavouée sans compter le statut que ce processus donne à la parole de Sylvie. Son énonciation se voit quasiment annuler, sa parole désavouée également.

Cette formule comporte un sous-entendu : si je trouve que tu es trop perfectionniste alors, d'une position hiérarchique, je te prescris de l'être moins. Ce qui peut s'entendre comme une incitation à continuer le travail. Mais, dans ce contexte, continuer le travail revient à maltraiter. On peut désormais répondre à la question posée : le désaveu permet de continuer à travailler mais cette fois en tant que processus véhiculé par la prescription hiérarchique, autorisé et injecté de ce fait dans la déontologie soignante. Les formulations de Lacan concernant l'impératif me semblent ici à propos : « Continuez à travailler – Que le travail ne s'arrête pas »[4] et il ajoute : « Pour les désirs vous repasserez. Qu'ils attendent ». L'impératif concerne ici la production du travail ; sa continuité et non sa qualité. Tout questionnement sur cette dernière, tout malaise, toute subjectivité du soignant, tout désir en est de fait exclu.

De l'exemple tiré de nos entretiens avec Emilie à celui concernant Sylvie, il n'y a pas, à proprement parler, de passage d'une dimension singulière, à une dimension institutionnelle de notre recherche mais plutôt la mise en évidence du lien qui unit le sujet singulier, ici le soignant, à l'institution et ce à travers une configuration complexe. Un nouveau concept apparaît ici nécessaire pour pouvoir penser l'articulation entre ces deux formes de réalité psychique : singulière et groupale. Les exemples présentés le suggèrent d'une manière formelle, en en dessinant les contours. Le désaveu, opérateur psychique, dont l'action est mise en lumière aussi bien dans le champ institutionnel que dans la dimension singulière d'une pratique soignante oriente notre conceptualisation en direction d'un modèle biface. Modèle qui assurerait une médiatisation entre ces deux dimensions ainsi qu'une fonction de centralisation et de diffusion d'un certain

[4] Lacan, J. *L'éthique de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1986.

nombre de coordonnées, notons à ce stade un opérateur psychique ainsi qu'un objet commun, la maltraitance par négligence. Cette position de médiat permet de tenter un rapprochement conceptuel avec ce que René Kaës nomme par formation intermédiaire entre le sujet singulier et l'institution :

« De telles formations, dont l'exploration est à peine commencée, sont ces formations psychiques originales, qui n'appartiennent en propre ni au sujet singulier, ni au groupement, mais à leur relation […] Un trait constant et déterminant de ces formations est leur caractère biface, la réciprocité qu'ils induisent entre les éléments qu'ils lient, la communauté qu'ils scellent à travers pactes, contrats et consensus inconscients ; ils articulent ainsi les rapports de l'élément et de l'ensemble en des figures diverses… »[5]

Bien qu'un ensemble de coordonnées aient pu être dégagées, plaidant en faveur de l'existence d'une formation de ce type, l'ensemble d'une démarche de démonstration est encore devant nous notamment en ce qui concerne sa nature exacte, ses fonctions, enjeux et effets qu'il mobilise et produit. En d'autres termes, notre problématique se précise si l'on essaye de montrer en quoi il s'agit d'une formation intermédiaire mettant en jeu le processus de désaveu et de mettre en évidence les enjeux d'une telle construction par rapport à la maltraitance, aussi bien dans la perspective de la réalité psychique du soignant que pour celle générée par les effets de groupement au sein de l'institution.
Toutefois, un excès de généralisation apparaîtrait si cette problématisation se figeait à ce stade, et exclurait trop rapidement la question du pacte évoquée par Kaës ci-dessus, dans le sens où il conviendrait de mettre en évidence la participation des sujets de l'institution à celui-ci. Ce qui constituerait un saut méthodologique surprenant à ce stade introductif. Une autre approche consisterait à pointer les enjeux, effets et bénéfices pour chacune des parties au sein de cette structure biface, offrant ainsi la possibilité de repérer les éléments de liaison au sein de celle-ci. Précisons, Kaës évoque un type spécifique de formation intermédiaire impliquant un travail du négatif, reliant sujets singuliers et

[5] Kaës, R. Op.cité p.17

institution à travers l'utilisation mise en commun d'un opérateur psychique tel que le refoulement, le déni ou le désaveu. Il nomme cette formation le pacte dénégatif qu'il définit de la façon suivante :

« …la formation intermédiaire générique qui, dans tout lien – qu'il s'agisse d'un couple, d'un groupe, d'une famille ou d'une institution -, voue au destin du refoulement, de déni, ou de désaveu, ou encore maintient dans l'irreprésenté et dans l'imperceptible, ce qui viendrait mettre en cause la formation et le maintien de ce lien et des investissements dont il est l'objet ».

Si Kaës parle de désaveu comme une modalité particulière de ce pacte, nous ne pouvons encore situer voire circonscrire l'action de celui-ci à travers un pacte dénégatif dont l'existence n'a pas encore été démontré. Pour ce faire, il faudrait démontrer en quoi Sylvie, Frédérique et Emilie en sont parties prenante et constituante. Ce travail de thèse ne s'y dérobera pas. Dans ce temps introductif, il est toutefois possible de repérer s'il existe ou non des éléments de liaison entre l'institution et ses sujets qui pourraient évoquer l'existence d'un pacte dénégatif.
Le désaveu, opérateur commun ainsi qu'un objet, la maltraitance par négligence ont pu, en termes de coordonnées être dégagés. Kaës liste également une fonction concernant la continuité des investissements et des bénéfices inhérents au lien institutionnel, un maintien d'espaces psychique collectifs lié à la fonction de l'idéal, etc. La fonction de l'idéal a été mise en évidence par les entretiens avec Emilie dont le maintien par l'intermédiaire du désaveu lui permet de continuer à travailler ; d'autre part la prescription faite à Sylvie concernant l'ininterruption du travail évoque directement cette continuité des investissements que le pacte vise à assurer. Le maintien de la fonction de l'idéal, l'action du désaveu et la continuité du travail apparaissent ici étroitement liés. Le repérage de l'ensemble de ces liens et modalités justifie la centration de la problématique de cette thèse vers la démonstration de l'existence d'un pacte dénégatif mais il faut aller plus loin en posant d'abord plusieurs questions : quel est le lien entre le désaveu et le maintien de la fonction de l'idéal du soignant au sein de ce pacte ? Comment le pacte assure t-il la continuité des investissements, ou du travail, par

l'intermédiaire d'un désaveu portant sur la maltraitance ? Comment le pacte configure t-il ces trois coordonnées et quels bénéfices en résulte t-il ?
En d'autres termes, quels sont les enjeux, effets et bénéfices de cette modalité particulière du pacte dénégatif, que l'on pourrait nommer pacte de désaveu, aux niveaux de l'institution, des effets de groupement produits par celle-ci et des soignants dont la pratique et la réalité psychique sont toujours singulières ? Et surtout quels en sont les enjeux concernant la maltraitance au sein de ces trois ordres de réalité ?
Et surtout, il s'agira de rendre compte dans ce travail d'une spécificité, c'est-à-dire montrer pourquoi il s'agit du mécanisme du désaveu en particulier, et pourquoi il est utilisé dans un contexte de maltraitance. Sous un autre angle de vue, pourquoi une institution où se produisent des phénomènes de maltraitance est amenée à créer ce type de configuration dont nous tenterons de rendre la complexité.
Toujours dans un souci introductif, il convient ici de présenter une nouvelle fois les fondements cliniques sur lesquels se basera la tentative de réponse amenée dans ce travail ; ils constituent le socle de notre problématique. Concernant les enjeux du pacte dénégatif par rapport à la maltraitance, introduisons désormais les entretiens avec une des aides-soignantes dont nous n'avons pas encore parlé, Frédérique. Celle-ci évoqua longuement l'absence de relation soignant-soigné qui peut se déduire d'une organisation institutionnelle qu'elle décrit de manière analogue à celle d'une industrie basée sur un système de taylorisation du travail. Dans son article sur la maltraitance, André Quadéri met en lumière les conséquences d'une organisation gériatrique similaire : « L'organisation d'un travail en jeu dans les institutions gériatriques va provoquer une sorte de taylorisation du corps du patient, de l'âgé. Par exemple, la planification des soins va découper l'âgé en segment de travail : un soignant procède à une toilette, un autre donne à manger, un autre encore effectue la toilette des parties génitales, un dernier termine la journée par le coucher. Ainsi peu (voir pas) de personnes vivront avec l'âgé en dehors d'un soin de base : boire, manger, éliminer, dormir…acte pour le moins élémentaire. La subjectivité de la relation s'évapore

du tissu relationnel du soin. »[6] Cet aspect du travail du soignant mettant en valeur une logique institutionnelle quasi mécanique décrite par Quaderi et la dimension relationnelle qu'elle exclue *de facto*, ne va pas sans évoquer des questions d'ordre identificatoire. Quaderi en note d'ailleurs l'absence : « Par le fait même de la parcellisation du sujet, le soignant ne vas pas pouvoir s'identifier à son acte (ou rarement), il ne peut que réaliser une tâche sur une partie d'un corps et non dans la globalité de l'humain.»[7] Soulignons que ceci ne signifie pas que les mécanismes identificatoires n'existent pas mais que leurs enjeux se situent ailleurs. La formule « ne pas pouvoir s'identifier à son acte » en est d'ailleurs le point de cristallisation. En effet, Frédérique met en avant qu'il se dissimule derrière celle-ci une identification d'un autre ordre. En d'autres termes qu'elle représente à elle seule un procès identificatoire. Précisons notre pensée : Frédérique l'évoque très clairement à propos de la façon dont elle fait l'expérience de l'institution, de son organisation et de sa logique interne, et des mécanismes qu'elle a du mettre en place pour faire face à la charge de travail qui lui est demandée et ainsi assurer la continuité de celui-ci :

« … C'est vrai qu'on est un peu robotisé aussi. Si je n'avais à m'occuper que de quatre personnes, j'envisagerai mon temps différemment. A deux pour vingt-sept malades, il n'y a pas de secret. Quelque part il faut qu'il y ait un côté mécanique aussi… »

L'identification sous-jacente se laisse aisément deviner. Ainsi Frédérique utilisa dans nos entretiens les termes de « robots », d' « automatisme » ou encore de « mécanisme ». Dans un entretien ultérieur, Sylvie résumera entièrement celle-ci : « On est des robots ! ». Cette figuration proposée n'est pas sans lien avec le thème que nous étudions ici. Voyons pour étayer cela la définition de l'automatisme : « Conçu pour fonctionner sans opérateur »[8], et celle d'automate qui en dérive : « Machine et en partie, machine imitant, les êtres animés »[9]. Faire

[6] Quaderi, A. *Violence traumatique en gériatrie*. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. Eres, 42. 165-172
[7] Ibid p.170
[8] Dictionnaire *Le Littré,*
[9] Ibid

son travail en gérontologie tel un automate, c'est proposer dans ce contexte la signification d'un acte où la responsabilité du sujet se dérobe. L'acte de maltraitance est posé comme étranger, et la métaphore de l'automate lui permet de s'en soustraire l'attribution. Mais la complexité de cette construction se fait jour ici, d'autant plus que Frédérique et Sylvie utilisent pour en parler un pronom personnel, le « on ». Elles soulignent que cette figure serait à la fois elles et un autre si on suit la sémantique de celle-ci. Ce qui ne va pas sans évoquer voire convoquer la thématique du Double. A savoir une construction qui se révèle dans leurs propos comme étranger, dont l'acte même échapperait à leur contrôle. A cet endroit la figuration du Double apparaît en tant que témoin du désaveu, à travers la scission qui en constitue les effets. A notre problématique vient s'ajouter la volonté de démontrer en quoi la figure du Double est liée à cette scission, à savoir ces deux mouvements inconciliables de reconnaissance et de déni envers la maltraitance du sujet âgé. Nous nous attacherons à montrer de quelle façon le Double participe au procès de désaveu, en quoi il permet de soustraire la responsabilité de l'acte, en un mot quels sont les enjeux de sa construction pour nos deux aides-soignantes. Vu l'évocation commune de ce procédé de figuration par Sylvie et Frédérique et compte tenu de nos développements précédents sur le désaveu et ses liens entretenus avec le pacte dénégatif, nous pouvons faire l'hypothèse à ce stade que le Double est une construction témoignant de l'existence de ce pacte, un moyen à son service pour son institution et sa pérennisation, avec notamment pour objectif de dissimuler l'existence de la maltraitance. Nous tacherons de mettre en évidence le caractère biface de cette construction à travers une analyse approfondie de ces effets tant au niveau institutionnel que sur celui de la pratique soignante.

Après avoir énoncé les aspects de notre problématique qui traiteront des aspects institutionnels puis des sujets de celle-ci, il convient de s'approcher d'une tierce dimension ; celle-ci se situant entre l'institution et le sujet singulier, à savoir le groupe, le collectif des soignants. Nous choisissons pour cela de centrer notre étude sur l'examen du statut de la déontologie, c'est-à-dire l'ensemble des règles et devoirs régissant les pratiques soignantes, sur laquelle Sylvie en particulier pointe dans nos entretiens l'inhérente contradiction voire le caractère paradoxale.

Il faut donc revenir sur l'entretien présenté plus haut, mais donnons du relief à ce qui va suivre en évoquant avec Quaderi l'existence d'institutions où la déontologie assure sa fonction en véhiculant « une norme enseignée collectivement, une norme censurant la violence individuelle »[10]. Il apparaît logique que la déontologie se diffuse dans ce sens là. C'est justement sur un point de logique, déontique cette fois, que le statut de la déontologie va apparaître dans l'institution qui occupe notre propos. Revenons sur cette situation rapportée par Sylvie où après avoir mis en avant auprès de sa surveillante les règles et principes déontologiques qui sont pour elle au fondement de toute pratique soignante et au nom desquels elle entend agir, elle s'est vue répondre : « Tu es trop perfectionniste ! ». Nous avons précédemment dégagé l'implicite de cette formulation, autrement dit la prescription et donc l'autorisation de maltraiter. Ici se dévoile l'aspect logique de l'opération par l'injection au sein de la déontologie d'une prescription contradictoire avec celle qu'invoque Sylvie. Cette contradiction a pour effet une véritable annulation, une paralysie de la sphère déontologique.
Nous proposons ainsi de démontrer comment l'ensemble du système déontologique se trouve mis en échec en reliant cette prescription hiérarchique paradoxale au pacte de désaveu dont les implications réciproques ont été précédemment évoquées. Il s'agira également de s'interroger, à travers les discours des aides-soignantes, sur le rapport qu'elles peuvent entretenir avec la déontologie dans ce contexte. L'exemple rapporté par Sylvie est assez univoque à ce sujet pour laisser entrevoir une souffrance conséquente de cette mise hors jeu des principes et règles qu'elle entend devoir respecter ; il en va de son idéal de la pratique soignante et d'une éthique qui la fonde.

L'essence de notre démarche de recherche peut donc se résumer ainsi : situer les phénomènes de maltraitance par négligence dans le champ de la psychopathologie institutionnelle, en en restituant l'ordre heuristique partant du repérage de la souffrance des soignants et traversant l'ensemble des contraintes à penser produites par l'institution elle-même, et ce à travers la mise en évidence d'une maltraitance désavouée en son sein ; le pacte dénégatif et l'échec de la déontologie en représentant les corrélats institutionnels directs, et indirects par

[10] Quaderi, A. Op.cité p.170

les enjeux mobilisés, les bénéfices escomptés et l'impact mortifère pour l'institution autant que pour ses sujets.

Pour finaliser cette introduction, il nous faut revenir sur l'ensemble de la démarche heuristique et sur l'existence de ces contraintes à penser dont nous avons fait mention. Ce qui permet d'introduire dans cette recherche un axe transversal. En effet, le maintien de la maltraitance dans l'impensé à l'intérieur du champ institutionnel préfigure l'instauration d'une répétition de l'acte pour ceux qui en sont les acteurs. Celle-ci représente l'élément cardinal de notre recherche mais cette fois de manière transversale, contrairement au désaveu qui en est le point central. La répétition se situe ainsi à l'intersection des processus que nous décrivons, en un point de convergence de l'organisation du lien dans l'institution et de la configuration de celle-ci. Ce qui se fait jour à travers la tendance manifestée par chacune des trois aides-soignantes à continuer le travail et qui laisse se dessiner une véritable « compulsion organisée » (Quaderi, 2004) à répéter ce type d'acte à l'identique ; compulsion à l'échelle institutionnelle dont la dimension contraignante doit être rappelée car génératrice de souffrance chez les soignants. Toutefois, nous ne pourrons nous en tenir dans cet axe à une explication du phénomène de répétition de l'acte de maltraitance en termes d'éléments d'analyse institutionnelle, centrés sur cette mise en lumière de l'impératif du principe de constance, d'une garantie d'états stables au sein de celle-ci, de l'œuvre d'une pulsion de mort dont témoignerait la compulsion à répéter. Une telle optique unilatérale serait contradictoire avec le sens de notre démarche heuristique et entraverait la formulation d'interrogations cliniques. Interroger cette dernière nous semble plus à propos. Des questions telles que celles-ci seront posées : que nous apprennent Frédérique, Emilie et Sylvie du phénomène de répétition dans un contexte institutionnel maltraitant ? Quel est la nature exacte du lien entre répétition, impensé et contraintes à penser ? Qu'apprend-on de la compulsion de répétition, véritable force contraignante exercée sur les sujets de l'institution, à travers le récit de leur pratique soignante ?

A ces interrogations devrait s'ajouter la prise en compte d'une dimension supplémentaire, sans laquelle notre recherche se réduirait à une tentative

objectivante, à savoir le transfert. En effet, les récits de pratiques soignantes introduits se situent dans le cadre institutionnel mais également dans celui de la relation clinique, et c'est par cette voie majeure que l'abord des phénomènes de répétition nous est proposé. Sous cet angle peut s'introduire dans cet axe la question de la nature de ce qui est rejoué, transféré dans le cadre de cet espace de parole de la répétition à l'œuvre dans l'acte de maltraitance au sein de l'institution.

Les fondements de cet axe posés, des interrogations majeures d'ordre clinique, implicites jusque là, peuvent dés lors se poser : dans quelle mesure est-il utilisable pour produire des effets de changement pour les sujets de l'institution dans leur pratique soignante ? En quoi permet-il de travailler autour de cette souffrance psychique des soignants dans le lien qui les unit à l'institution ?

Sur cette piste clinique d'une pensée possible de la maltraitance se clôt notre démarche heuristique et permet ainsi d'initier la suite de notre travail de recherche.

2. Présentation des phénomènes de maltraitance dans le champ gérontologique.

2.1. Historique et cadre politique en France.

La notion de maltraitance envers les personnes âgées est apparue dans les années 80 (Rapport, Violence contre les personnes âgées au sein de la famille, Stasbourg). Pourtant elle sévie depuis de nombreuses années dans le domaine de la sphère privée ou familiale et ce, en l'absence de mesures légales.
Ce sont les professionnels de santé qui ont été à l'origine de la description des premiers cas.
Aujourd'hui, de réels efforts sont fournis afin de l'appréhender dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire (psychologique, sociale, médical, juridique et politique).
En France, c'est le Professeur Hugonot, qui a été le premier à médiatiser cette problématique. Il a crée en 1995 l'association ALMA qui est historiquement la première structure à lever le tabou de la maltraitance des plus âgés et à mettre en œuvre un espace d'écoute téléphonique. La décision d'étendre ce réseau à un niveau national fut prise en 1995. En janvier 2005, elle prend le nom de « Fédération ALMA France » et a pour but la prévention et la lutte contre la maltraitance envers les personnes âgées et les personnes handicapées. Pionnière de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées, ALMA France est devenue un relais important de l'action de l'Etat. Ainsi depuis une convention du 18 novembre 2002 avec le ministère des affaires sociales, ALMA doit assurer :

« …les activités générales d'écoute téléphonique des signalements de la maltraitance des personnes âgées ainsi que leur développement sur le territoire; le suivi des demandes ainsi que leur évaluation; le soutien psychologique aux plaignants; la formation des écoutants bénévoles et des référents ainsi que des professionnels de terrain; la réalisation d'études et de publications; l'élaboration de statistiques nationales; la formation des formateurs ».

L'action d'ALMA et son développement s'inscrit dans un cadre politique de lutte contre la maltraitance lui-aussi en perpétuelle évolution. Le rapport du Professeur Debout « Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées » [11]commandé par le secrétariat d'état aux personnes âgées en 2001 marque un tournant important. Les principales orientations se déclinent en quatre grands axes. Dans un premier temps, la compréhension du phénomène de la maltraitance envers les personnes âgées.

Dans un second, l'amélioration de la qualité des formations et de l'information visant à repérer et à prévenir les actes de maltraitance. Ensuite, promouvoir une démarche d'accueil et de prise en charge spécifique pour les personnes ayant subi des maltraitances.

Enfin, la consolidation du réseau d'écoute ALMA à un échelon national constituant une réponse de proximité pour les personnes âgées et handicapées.

Ce rapport marque le départ d'une prise de conscience des politiques sur le thème de la maltraitance et met en évidence l'ampleur du phénomène en s'appuyant sur le réseau d'écoute ALMA.

Un Comité national de vigilance contre la maltraitance des personnes âgées créé en novembre 2002, a pour mission de contribuer à la définition, à la mise en œuvre et au suivi de la politique de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Il participe à la validation d'outils et de moyens pour lutter contre la maltraitance.

Les objectifs du gouvernement ont été précisés en janvier 2003 :

→ Mieux connaître la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir.

→ Sensibiliser la population à ce phénomène et faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une cause nationale.

→ Améliorer le système de protection juridique des personnes âgées.

→ Mettre en place un dispositif de gestion du risque.

→ Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures.

→ Améliorer les procédures de traitement des signalements.

[11] DEBOUT, M. *Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées.* Rapport à Mme Le Secrétaire d'Etat chargé des personnes âgées. Rennes. ENSP. 2003.

→ Renforcer le dispositif de contrôle des établissements.
→ Organiser le suivi de la mise en œuvre de cette politique et son évaluation.

Au mois de mars 2007, Philippe Bas a présenté un plan de renforcement de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées et handicapées. Dix mesures principales sont annoncées déclinées en deux axes (cf annexes) :

- Développer une culture de la bientraitance dans les établissements.
- Renforcer la lutte contre la maltraitance.

L'annonce de la création de l'Agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) centré sur l'évaluation et l'amélioration d'une démarche de qualité en institution ainsi qu'un renforcement des contrôles, une facilitation des signalements et la mise en place d'un « correspondant maltraitance » au sein des DDASS en constituent les points forts.
Les grandes lignes de l'historique de la maltraitance en France étant données, passons maintenant à un essai de définition du phénomène.

2.2. La maltraitance : définition et typologie.

Deux concepts fondamentaux sont utilisés, dans la littérature internationale pour décrire les phénomènes de maltraitance :

- La négligence : elle se caractérise par le fait de ne pas subvenir aux besoins d'une personne âgée dépendante au niveau physique, psychologique, affectif, etc. Elle peut être active ou passive, c'est-à-dire avec ou sans intention de nuire.

- L'abus : il est un mode de contraintes volontaires et actifs causant souffrances et dommages sur le plan physique, psychologique, sexuel ou encore financier.

En 1987, le Conseil de l'Europe introduit la notion de maltraitance de la personne âgée dans un rapport s'intitulant « Violences contre les personnes âgées au sein de la famille » et propose d'abord une définition de la violence. Elle se caractérise par « Tout acte ou omission commis par une personne (ou un groupe), s'il porte atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique ou à la liberté d'une autre personne (ou d'un autre groupe) ou compromet gravement le développement de sa personnalité et/ou nuit à sa sécurité financière ». En 2002, le rapport mondial de l'OMS sur la violence et la santé consacre un chapitre aux phénomènes de maltraitance des personnes âgées. Voici la définition qu'il en donne :

« Il est généralement convenu que la maltraitance des personnes âgées est un acte commis ou omis, auquel cas on parle habituellement de « négligence », et qu'elle soit intentionnelle soit involontaire.
La maltraitance peut être physique ou psychologique, avec des agressions verbales, notamment. Elle peut aussi passer par de mauvais traitements sur le plan financier ou matériel. Quel qu'en soit le type, la maltraitance entraînera certainement des souffrances ou des douleurs inutiles, la perte ou la violation de droits de l'homme et une dégradation de la qualité de vie de la personne âgée. »[12]

La définition retenue par l'International Network for the Prevention of Elder Abuse est également à noter :

« On entend par maltraitance des personnes âgées un acte isolé ou répété, ou l'absence d'intervention appropriée, qui se produit dans toute relation de confiance et cause un préjudice ou une détresse chez la personne âgée. »[13]

Malgré tout, la maltraitance reste difficile à définir. Il est question à la fois de faits graves, pour lesquels la justice est à interpeller, comme des dysfonctionnements dans la connaissance et l'application des "bonnes pratiques professionnelles" : nutrition, incontinence, contention... Mais il est aussi question

[12] Krug, E & al. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève. Organisation mondiale de la santé. 2002
[13] *What is elder abuse ? Action on elder abuse bulletin*. 1995, 11 (mai-juin).

de l'éthique individuelle, propre à chacun d'entre nous, face à une personne âgée.

Ces tentatives de définition sont la plupart du temps associées à une proposition de classification des différents types d'actes de maltraitance. Toutefois, aucune des typologies ne faisant réellement consensus, nous retiendrons celle proposée par le Conseil de l'Europe en 1992 pour sa tentative d'exhaustivité :

- Violences physiques : coups, brûlures, ligotages, soins brusques sans information ou préparation, non satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtre (dont euthanasie)...
- Violences psychiques ou morales : langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantages, abus d'autorité, comportements d'infantilisation, non respect de l'intimité, injonctions paradoxales…
- Violences matérielles et financières : vols, exigence de pourboires, escroqueries diverses, locaux inadaptés…
- Violences médicales ou médicamenteuses : manque de soins de base, non information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non prise en compte de la douleur…
- Négligences actives : toutes formes de sévices, abus, abandons, manquements pratiqués avec la conscience de nuire.
- Négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage.
- Privation ou violation de droits : limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques, d'une pratique religieuse…

Concernant l'ensemble de ces actes, des études statistiques conduites en France par ALMA ont révélé l'ampleur du phénomène aussi bien à domicile qu'en institution. Nous en proposons une synthèse.

2.3. Données statistiques.

Il est important de garder à l'esprit que la maltraitance est un phénomène qui se trouve difficile à quantifier. En effet, elle s'exerce souvent de façon très insidieuse. Par conséquent, il est difficile d'obtenir des données qui dressent un tableau exact du phénomène de la maltraitance des personnes âgées en France.

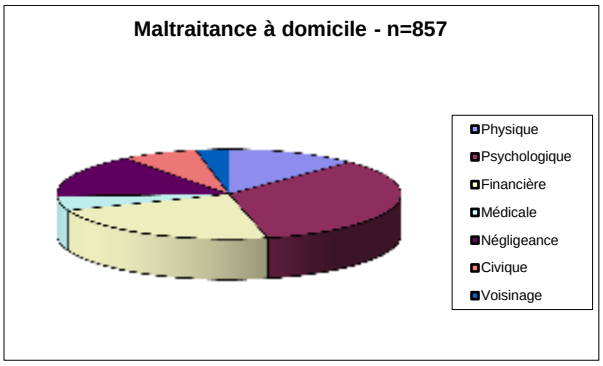
En Europe et en France, les plus de 65 ans représentent en moyenne 16% de la population (20% à l'horizon 2020 – Source INSEE). Les plus de 80 ans représentent 1 à 3% de la population et augmentent régulièrement.

Selon le secrétaire d'Etat aux personnes âgées, la maltraitance des personnes âgées toucherait en 2004, plus de 600 000 personnes en France, soit 5% de la population âgée de plus de 65 ans. Il faut noter que près de 70% des cas seraient le fait d'individus isolés.

La maltraitance peut se produire dans tous les milieux, dans tous les lieux de vie, et dans toutes les catégories sociales et professionnelles. Cependant, selon ALMA, 71% des actes de maltraitance se situent dans l'enceinte de la famille de la personne âgée.

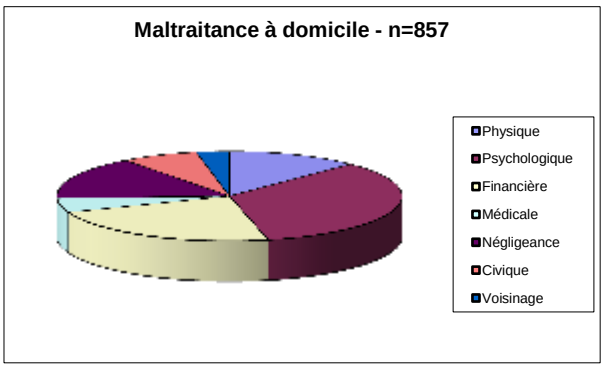
En ce qui concerne les maltraitances ayant lieu à domicile ou en institution, ALMA a effectué une répartition des appels selon la nature des actes concernés dont voici les résultats :

- La maltraitance à domicile



On note une prédominance de la maltraitance psychologique. En effet, les résultats du réseau d'écoute téléphonique français ALMA ont montré que les violences financières et psychologiques ont fait l'objet du plus grand nombre d'appel (environ 30% chacune).

- La maltraitance en Institution



En synthèse, pour ce qui concerne l'institutionnel la prédominance est liée aux actes de maltraitance par négligence alors qu'à domicile ce sont les actes de maltraitances psychologiques qui représentent 34% des appels. Pour la partie institution, qui nous concerne dans ce travail de thèse, les signalements proviennent majoritairement des familles, à hauteur de 40%, suivent à part égale (à peu près 20%) personnes âgées, professionnels et la catégorie autres interlocuteurs. Ces faits s'exercent pour 44% en institution privée et pour 36% en institution publique, et concernent pour 55% des personnes présentant une dépendance physique et/ou psychique (dont la maladie d'Alzheimer pour 15%). Du côté des auteurs présumés de ces actes, le personnel soignant représente 42%.

Pour conclure la partie statistique, une difficulté est à mentionner concernant les chiffres liés aux condamnations pénales. Il est impossible de repérer directement les affaires liées à la maltraitance car l'incrimination pour maltraitance n'existe pas dans le droit pénal français. Les données mentionnent

simplement la vulnérabilité de la victime sans précision d'âge ni distinction entre personne handicapée et personne âgée. Conséquemment, il n'y a pas non plus de définition juridique de la maltraitance comme nous allons le voir de manière plus précise.

2.4. Cadre juridique.

Il n'existe aucun texte de loi définissant la maltraitance d'un point de vue juridique. Comme nous le faisions remarquer plus haut la maltraitance est un phénomène complexe, et surtout polymorphe, lié aux évolutions sociétales. Une inclusion ou exclusion de comportements en relevant, dans une définition juridique du phénomène pourrait en subir les effets. Il est également à noter que le Code Pénal n'envisage pas les personnes âgées comme une catégorie spécifique de personnes qu'il conviendrait de protéger, les articles existants concernent plutôt les personnes en situation de dépendance, de vulnérabilité ou de handicap. Pour le Code Pénal, la situation de vulnérabilité d'une personne est considérée comme une circonstance aggravante d'une infraction de droit commun (art 222-3) Toutefois, ce code fait aussi de la vulnérabilité l'élément constitutif de certaines infractions particulières. En effet, c'est le cas du délaissement (art. 223-3 et 223-4 du Code pénal), de conditions d'hébergement contraires à la dignité humaine (art. 225-14 et 225-15 du Code pénal), de l'abus d'ignorance ou de faiblesse (art. 313-4 du Code pénal) ou encore de la non-révélation de privations ou de sévices (art. 434-3 du Code pénal).

Pour ce qui concerne les atteintes aux biens des personnes, la vulnérabilité due à l'âge constitue une circonstance aggravante pour les délits d'appropriations frauduleuses (vol, extorsion, escroquerie, abus de faiblesse – art. 311-1, 311-4, 312- 1, 312-2, 313-1, 313- 2, 313-4 du Code pénal) et les autres atteintes aux biens (recel, destruction, dégradation ou détérioration – art. 312-1, 322-1, 322-3)

La loi du 2 janvier 2002 vise à la protection des personnes âgées au sein d'une institution. Elle vise la rénovation de l'action sociale et médico-sociale.

« L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés : le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité.» (Livre III du Code de l'action sociale et des familles.) Plusieurs circulaires émises par la Direction Générale de l'Action Sociale ont des incidences sur la protection des personnes vulnérables, notamment des personnes âgées (circulaires DGAS du 30 avril 2002, du 3 mai 2002, du 22 mars 2007).

2.4.2. La maltraitance financière : une protection juridiquement renforcée.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs apporte des changements essentiels pour mieux lutter contre la maltraitance des personnes âgées dépendantes et des adultes handicapés, en respectant leurs souhaits et leur choix de vie.

Certaines personnes fragiles dont les personnes âgées sont victimes d'actes de proches qui accaparent leurs ressources ou leur patrimoine, ou de personnes mal intentionnées qui leur vendent des objets ou des contrats dont ils n'ont pas besoin.

Jusqu'à présent, le dispositif de protection judiciaire des majeurs ne permettait pas de protéger suffisamment les personnes âgées dépendantes et les adultes handicapées contre ces risques. Les mesures de protection étaient le plus souvent décidées une fois pour toutes sans être régulièrement réexaminées, et adaptées à l'évolution de l'état de santé comme aux choix des personnes.

Aujourd'hui, la nouvelle loi offre les moyens au système juridique de protection des majeurs (sauvegarde de justice, de curatelle ou de tutelle) de limiter les risques de maltraitance financière des personnes vulnérables tout en respectant les droits des personnes protégées.

L'une des mesures novatrices de cette réforme s'intitule « Le mandat de protection future » : Afin de préparer l'avenir et d'être sûre que ses souhaits seront pris en compte, toute personne pourra désigner un tiers (un proche ou un professionnel) chargé de la représenter dans les actes de la vie civile, pour le cas où elle deviendrait incapable de pourvoir seule à ses intérêts après un accident (coma prolongé…) ou une maladie grave (maladie d'Alzheimer à un stade avancé…). Elle pourra également déterminer l'étendue des compétences du mandataire.

2.5. Conclusion.

Il semble clair que la maltraitance recouvre un ensemble de réalités et les frontières les délimitant restent imprécises. L'impact sur les tentatives de définition du phénomène n'en est que plus visible. Les définitions existantes font appel à d'autres concepts comme ceux de violence, d'abus ou encore de négligence. La dimension subjective, singulière de la souffrance ainsi que la pluralité des situations où la maltraitance se manifeste semblent entraver la construction objective d'une définition et surtout sa possibilité de devenir consensuelle. Ainsi, la diversité des actes de maltraitance tels que décrit par le Conseil de l'Europe laisse entrevoir une variété de situations dont les enjeux et spécificités pourraient difficilement faire l'objet d'une définition exhaustive. La cohérence d'une telle définition serait également à mettre en question. En effet, la différence communément admise dans les classifications entre maltraitance active et maltraitance passive, ou par négligence. Ce second type, auquel nous consacrons notre thèse, présente des enjeux complexes où le fait institutionnel et les phénomènes de groupe ont partie prenante. Aucune définition ne mentionne la nature de ces enjeux.

Le rapport IGAS sur l'évaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance en France propose une distinction entre ce qu'elle dénomme *maltraitance en institution* et la *maltraitance institutionnelle :*

« La maltraitance individuelle en institution peut viser des actes commis par les usagers entre eux, ou par des professionnels ou par des intervenants extérieurs à l'égard des usagers »[14]

Ce type de maltraitance concerne un acte ayant eu lieu dans l'institution de manière isolé et surtout la capacité de l'institution à réagir, à mettre en œuvre les mesures adéquates et ainsi éviter l'installation du phénomène dans la chronicité.
Le second type laisse au contraire entrevoir une chronicité, une répétition du ou des actes et une manière inadéquate de réagir par l'institution. Le repérage de ces coordonnées permet d'appréhender le différentiel majeur existant entre ces formes de maltraitance et laisse entrevoir un intérêt pour cette recherche tout aussi essentiel, à travers une précision de sa définition et une mise en lumière de ses enjeux et mécanismes.

[14] BAS-THERON, F ; BRANCHU, C. *Evaluation du dispositif de lutte contre la maltraitance des personnes âgées et des personnes handicapées mis en œuvre par les services de l'Etat dans les établissements sociaux et médico-sociaux – Rapport définitif*. Rapport n° 2005 179. Mars 2006. p.14

3. Le désaveu, introduction conceptuelle.

3.1 La *Verleugnung* freudienne.

Le terme « désaveu » est une des nombreuses traductions choisie pour l'allemand *Verleugnung* employé par Freud. Situons le d'abord dans son œuvre. Les considérations que Freud met en avant en 1905 dans ses *Trois essais sur la théorie sexuelle* se retrouvent vers la fin de son œuvre notamment dans son texte de 1927 sur le fétichisme. D'autres conceptions viendront s'ajouter à partir de ce terme *Verleugnung* qu'il aura hissé au rang d'opérateur métapsychologique. Le repérage de la croyance de l'enfant en la possession d'un pénis par tous les êtres humains se situe donc assez tôt dans son œuvre et sera conservé tel quel dans des textes ultérieurs où l'éclairage supplémentaire viendra cette fois de sa conceptualisation de la *Verleugnung*. Comparons ces passages chronologiquement :

« Il est évident pour l'enfant mâle de prêter à toutes les personnes qu'il connaît un organe génital identique au sien, et il lui est impossible d'accorder le manque d'un tel organe avec sa représentation de ces autres personnes. […] Cette conviction est maintenue énergiquement par les garçons, défendue opiniâtrement contre les contradictions qui ne tardent pas à se dégager de l'observation et n'est abandonnée qu'après de durs combats intérieurs. Les formations substitutives de ce pénis perdu de la femme jouent un grand rôle dans l'élaboration de la forme de nombreuses perversions. »[15]

Les idées de maintien et de renoncement à une croyance sont déjà explicitées par l'auteur et serviront de matériau de base à la construction du concept de *Verleugnung*. Voyons maintenant le texte de 1927 :

« Le processus était donc celui-ci : l'enfant s'était refusé à prendre connaissance de la réalité de cette perception : la femme ne possède pas de

[15] Freud, S. *Trois essais sur la théorie sexuelle.* Paris. Gallimard. 1985 (1905).

pénis. Non, ce ne peut être vrai car si la femme est châtrée, une menace pèse sur la possession de son propre pénis à lui, ce contre quoi se hérisse ce morceau de narcissisme dont la Nature prévoyante à justement doté cet organe. […] Il n'est pas juste de dire que l'enfant ayant observé une femme a sauvé, sans la modifier, sa croyance que la femme a un phallus. Il a conservé cette croyance mais il l'a aussi abandonnée »[16]

Freud passe donc d'une approche successive, d'enchaînement logique de deux états : de la croyance vers l'abandon de la croyance ; à une perspective de simultanéité. Pour Freud, deux états inconciliables vont coexister par l'intermédiaire de la *Verleugnung*.

Ce refus de prendre en compte une donnée perceptive se retrouve dans d'autres textes notamment « L'organisation génitale infantile » de 1925 où Freud note les réactions des enfants face à l'observation de l'absence de pénis chez la mère. La négation de celle-ci est opposée à la perception et la croyance de son existence peut ainsi persister malgré tout. Un *voile est ainsi jeté* sur les fondements de l'opposition entre observation et préjugé.[17]

Mais l'usage du substantif *die verleugnung* n'apparaît que dans un article de 1925. Il le présente comme une introduction à la psychose chez l'adulte bien qu'il soit fréquent et sans grand danger pour la vie mentale de l'enfant.[18]

Ce passage préfigure la conceptualisation qui sera faite en 1927. Mais, à cette période, *die verleugnung* s'emploie également et de manière indifférenciée pour penser la psychose. L'article antérieur de 1924 « La perte de la réalité dans la névrose et la psychose » le souligne :

« La névrose ne dénie[19] pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir d'elle ; la psychose la dénie et cherche à la remplacer. Nous appelons normal ou « sain » un comportement qui réunit certains traits des deux réactions, qui,

[16] Freud, S. *Le fétichisme*. Paris. PUF. 2002
[17] Freud, S. *L'organisation génitale infantile*. Paris. PUF. 2002.
[18] Freud, S. *Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes*. Paris. PUF. 2002 (1925).
[19] Le verbe *verleugnen* est ici utilisé.

comme la névrose, ne dénie pas la réalité, mais s'efforce ensuite, comme la psychose, de la modifier. »[20]

Freud avait précédemment prit soin de différencier ce mécanisme du refoulement. Je fais allusion à ses observations cliniques sur *l'homme aux loups*, publiées en 1918. Freud utilise ici le terme de rejet (*verwarf*) mais n'oublions pas que le verbe *verleugnen* sera encore utilisé postérieurement par Freud à propos de la psychose. *Verleugnen* et *Verwerfen* auront encore un emploi commun : il note dans ses observations sur *l'homme aux loups* l'existence simultanée de *courants contraires* dont l'un se caractérisait par une horreur de la castration et l'autre témoignant d'une disposition à accepter celle-ci avec la consolation de la féminité en tant que substitut. Freud mentionne toutefois un troisième courant marqué par le *rejet* de la castration. Le terme *verworfen* est ici employé. Une absence de jugement quand à la réalité de la castration lui étant lié.[21]

Plus avant dans le texte, Freud évoque la spécificité de ce mécanisme par rapport au refoulement : « un refoulement est autre chose qu'un rejet » lance t-il.[22] Dans ce processus aucun jugement d'existence n'est porté. Cette *suspension du jugement* sera conservée dans son élaboration ultérieure de la *Verleugnung*. Mais ce dernier terme n'est pas encore différencié conceptuellement du rejet. Par ailleurs, bien qu'il mette en avant certaines de ses caractéristiques, le rejet n'est véritablement distingué du refoulement : « Quand je dis : il la rejeta (la castration), le sens immédiat de cette expression est qu'il n'en voulut rien savoir au sens du refoulement »[23]. Freud esquisse une distinction qu'il complètera dans l'article de 1924 précédemment examiné : « la psychose la dénie et cherche à la remplacer »[24] dira Freud à propos de la réalité. Le refoulement s'entend donc comme le « prototype »[25] d'un ensemble de processus décliné par Freud des verbes *Verwerfen* et *Verleugnen*. Comme on l'a vu, ces deux termes auront un emploi similaire jusqu'à la publication en 1927 d'un texte s'intitulant

[20] Freud, S. *La perte de la réalité dans la névrose et la psychose*. Paris. PUF. 1973 (1924)
[21] Freud, S. *L'homme aux loups*. Paris. PUF. 1954 (1918)
[22] Ibid p.385
[23] Ibid p.389
[24] Freud, S. *La perte de la réalité dans la névrose et la psychose*. Op.cité p.301
[25] Green, A. *Le complexe de castration*. Paris. PUF. 1990

« *Fetischismus* » (Le fétichisme). Freud tient à présenter certaines de ses réflexions concernant plusieurs patients fétichistes qu'il a eus en analyse et fournit également l'occasion d'effectuer certaines différenciations par l'introduction d'un concept qu'il va cette fois clairement différencié du refoulement :

« Si l'on veut séparer en lui plus nettement le destin de la représentation de celui de l'affect et réserver l'expression « refoulement » pour l'affect, pour le destin de la représentation il serait juste de dire en allemand *Verleugnung* »[26].

La *Verleugnung* fait ici son entrée dans l'édifice théorique de la psychanalyse.
Ces précisions données ici par Freud s'inscrivent réactionnellement aux conceptions de Laforgue. Ce dernier proposera dans ses écrits ultérieurs le terme de scotomisation en lieu et place du mécanisme de la *verleugnung*. Notons que ce dernier s'intéresse aux processus dissociatifs. Laforgue parle « d'une sorte de cécité de l'esprit : le conscient est mis dans l'incapacité de percevoir pleinement la réalité »[27]. Freud marque son opposition théorique en s'appuyant sur l'exemple du processus ayant lieu dans le fétichisme, à savoir le refus par l'enfant d'accepter la réalité de l'absence de pénis chez la femme : « Au contraire, la situation que nous décrivons montre que la perception demeure et qu'on a entrepris une action très énergique pour maintenir son déni. »[28]. Freud met l'accent sur la part active que prend le sujet dans cette opération. Il poursuit : il n'est pas juste de dire que l'enfant ayant observé une femme a sauvé, sans la modifier, sa croyance que la femme a un phallus. Il a conservé cette croyance mais il l'a aussi abandonnée ; dans le conflit entre le poids de la perception non souhaitée et la force du contre-désir, il en est arrivé à un compromis comme il n'en est de possible que sous la domination des lois de la pensée inconsciente – les processus primaires. Dans le psychisme de ce sujet, la femme possède certes bien un pénis, mais ce pénis n'est plus celui qu'il était avant. Quelque chose d'autres a pris sa place, a été désigné, pour ainsi dire, comme substitut et

[26] Freud, S. *Le fétichisme*. Op.cité p. 134
[27] Laforgue, R. *Essais sur la schizonoïa*. Paris. Mont-Blanc. 1965
[28] Freud, S. *Le fétichisme*. Op.cité p.134

est devenu l'héritier de l'intérêt qui lui avait été porté auparavant. »[29]. Freud, en ayant décrit ce processus, le distingue donc immédiatement du rejet et du refoulement. Son introduction a lieu du côté de la perversion. La représentation issue de la réalité est ici à la fois reconnue et déniée. L'exemple juridique du non-lieu est ici à propos ; il est habituellement défini comme une déclaration d'un tribunal pour constater qu'il n'y a pas matière suffisante pour poursuivre. Une action en justice est donc abandonnée en cours de procédure. Il s'ensuit donc une absence de jugement pour l'affaire concernée. La *verleugnung* est équivalente à un non-lieu dans le procès de la castration. Le jugement est suspendu et permet ainsi une certaine cohabitation. Une croyance est simultanément maintenue et abandonnée. Freud ajoute un autre exemple, celui de deux jeunes frères ayant déniée la mort de leur père : « Il n'y avait qu'un courant de leur vie psychique qui ne reconnaissait pas cette mort ; un autre courant en tenait parfaitement compte ; les deux positions, celle fondée sur le désir et celle fondée sur la réalité, coexistaient. »[30]. Coexistence lui permettant de conserver son idée concernant la psychose : « un des courants, celui fondé sur la réalité, a vraiment disparu ».[31]

Cette coexistence de deux courant opposés au sein du psychisme va être reprise dans un article ultérieur « le clivage du moi dans les processus de défense » (*Die Ichspaltung im Abwehrvorgang*), ainsi que dans son « Abrégé de psychanalyse » (*Abriss der Psychoanalyse*), tous deux paru en 1938. Le premier article s'ouvre rapidement par la supposition d'une situation où l'enfant, accoutumé à satisfaire une intense revendication pulsionnelle, se trouve face à danger réel lié à la continuité de cette dernière ; deux possibilités se dessinent pour l'enfant : soit reconnaître cette réalité et renoncer à la satisfaction, soit dénier cette réalité dans l'optique de la maintenir. Freud met en avant l'absence de décision dans ce cas précis : « L'enfant cependant ne fait ni l'un ni l'autre, ou plutôt il fait simultanément l'un et l'autre, ce qui revient au même. Il répond au conflit par deux réactions opposées, toutes deux valables et efficaces. »[32].

[29] Ibid p.135
[30] Ibid p.137
[31] Ibidem
[32] Freud, S. *Le clivage du moi dans les processus de défense*. Paris. PUF. 1985 (1938) p. 283-284

Pour lui, ces deux réactions contraires forment le « noyau d'un clivage du moi »[33]. Le clivage (*Spaltung*) porte sur le Moi, c'est au sein de ce dernier que s'opère une séparation radicale. Les deux parties, dans ce modèle, n'établissent pas entre elles de dialogisme. Elles sont indépendantes et ce processus se différencie une fois de plus du refoulement car il n'aboutit pas à la formation d'un compromis avec l'apparition d'une symptomatologie.

A la suite de Freud, le concept de *Verleugnung* va connaître des destins différents en termes de traduction. Le développement de la conceptualisation suivra principalement le sens freudien initial.

3.2. Destins de la *Verleugnung* chez les post-freudiens.

Dans leur « Vocabulaire de la psychanalyse », Laplanche et Pontalis justifient, ce qui est rare, un point de traduction. Leur choix de traduire *Verleugnung* par déni (-de la réalité) est détaillé de la façon suivante :

« Nous avons choisi de rendre en français le terme *Verleugnung* par *déni* qui, par rapport à *dénégation*, comporte diverses nuances :

1) Déni est souvent plus fort. Par exemple : « J'apporte un déni à vos affirmations »
2) Le déni porte non seulement sur une affirmation qu'on conteste, mais sur un droit ou un bien qu'on refuse ;
3) Dans ce dernier cas le refus en cause est illégitime. Par exemple déni de justice, déni d'aliments, etc. ; refus de ce qui est dû.

Ces différentes nuances s'accordent avec la notion freudienne de *Verleugnung* »[34]

Ce choix de déni va être source d'ambiguïté car le terme de déni sera utilisé également pour décrire un processus ayant lieu dans la psychose. Citons en

[33] Ibid p. 284
[34] Laplanche, J ; Pontalis, J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF. 1967 p.115

exemple un article de Freud « la perte de la réalité dans la névrose et la psychose » de 1924. La citation proposée est tirée de la traduction de D.Guérineau dirigée par Jean Laplanche :

« La différence initiale s'exprime dans le résultat final : dans la névrose un fragment de la réalité est sur le mode de la fuite, dans la psychose il est reconstruit. Ou : dans la psychose la fuite initiale est suivie d'une phase active, celle de la reconstruction ; dans la névrose l'obéissance initiale est suivie, après coup, d'une tentative de fuite. Ou encore : la névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir d'elle ; la psychose la dénie et cherche à la remplacer »[35]

Cette utilisation du terme de déni pour décrire le procès psychotique et sa reprise en tant que traduction du verbe allemand *verleugnen* est pour moi source de confusion. Chez Freud, le déni est un des mécanismes caractérisant la *verleugnung* mais pas uniquement. Il implique également une reconnaissance de la réalité. Un de ses textes en est le témoin, *le fétichisme* qu'il est nécessaire de citer une seconde fois ici :

« Au contraire la situation que nous décrivons montre que la perception demeure et qu'on a entrepris une action très énergique pour maintenir son déni. Il n'est pas juste de dire que l'enfant ayant observé une femme a sauvé, sans la modifier, sa croyance que la femme a un phallus. Il a conservé cette croyance mais il l'a aussi abandonnée »[36]

Par conséquent, le déni est dans la *Verleugnung* associé à une reconnaissance de la réalité. Dans le même article, Freud avance cet argument à propos de la psychose :

[35] Freud, S. *La perte de la réalité dans la névrose et la psychose*. Op.cité p.301
[36] Freud, S. *Le fétichisme*. Op.cité p.135

« Je peux ainsi maintenir ma supposition que, dans la psychose, un des courants, celui fondé sur la réalité, a vraiment disparu"[37].

Si la *verleugnung* implique simultanément une reconnaissance et un déni de la réalité, et si il existe un déni de la réalité dans la psychose mais sans qu'une reconnaissance se maintienne, alors il est inapproprié de traduire *verleugnung* par déni. Cette traduction ne rendant pas compte de l'originalité et de la spécificité du concept. Le même terme ne pouvant servir, dans la traduction d'un même article, à désigner une fois un mécanisme et une seconde fois un concept.

Une autre possibilité de traduction s'offre par le terme de démenti. Lacan en précisera la raison de ses affinités. Il se définit comme une « déclaration$ qui soutient qu'une affirmation est fausse. Donner, infliger, opposer, publier un démenti »[38]. Par analogie, il s'emploi pour un « évènement qui se réalise contrairement à ce qu'on avait supposé ou espéré »[39]. Il est donné en exemple : *la vie s'apprêtait à lui infliger un terrible démenti*. Le terme comporte deux sens, passif et actif. Le démenti peut être donné et par conséquent reçu. Le Littré insiste sur ce second sens : « Qui reçoit un démenti, en parlant des personnes. Démenti en face sur ce qu'il venait de dire. »[40], la suite également : « En parlant des choses, dont on conteste la vérité. Un acte démenti. »[41]. Lorsque le démenti est reçu de l'extérieur, il peut venir soit d'une parole, soit de la réalité. C'est dans cette dernière acception que Lacan le conçoit :

« *Verleugnung* s'apparente au démenti. Quelque part, je l'avais traduit par « désaveu » ; ça paraît une imprudence.
Le démenti a, je crois, un rapport avec le réel. Il y a toutes sortes de démentis qui viennent du réel. »[42]

[37] Ibid p.137
[38] Dictionnaire le trésor. Edition électronique.
[39] Ibidem
[40] Dictionnaire Le Littré. Edition électronique.
[41] Ibidem.
[42] Lacan, J. *Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines* in *Scilicet.* N° 6/7. 1975. p.32-37

Au vu notamment de la trop grande oscillation du terme entre voix active et voix passive, nous préférons quant à nous le terme de désaveu dont la conceptualisation majeure revient à Guy Rosolato.

Pour ce dernier, le désaveu est une dénégation implicite. Il convient dés lors d'en préciser la spécificité. Donnons d'abord une définition de l'implicite. Ce qui « sans être exprimé en termes formels, résulte naturellement, par déduction et conséquence, de ce qui est formellement exprimé. »[43] ; Cette définition d'Emile Littré correspond à celle utilisé par Rosolato, pour qui l'implicite « ne se manifeste pas dans un discours patent : il n'est pas dit nommément. »[44]. Pour lui l'implicite est : « ce qui est dans les plis ; qui se manifeste par des actes plus que par des paroles ; ou encore, une foi qui se donne sans examen préalable. »[45]. L'implication qui en résulte sur sa conception du désaveu en est la suivante : « Il reste attaché à la perception et aux représentations plutôt qu'à la verbalisation. »[46]

Cette propriété qu'à le désaveu de concilier les contraires (à ce sujet il donne l'exemple de la création du fétiche) relève pour lui de la logique du processus primaire. Pour avancer cet argument, il s'appuie sur un passage de la *Traumdeutung* : « Des pensées contradictoires non seulement ne tendent pas à se détruire, mais encore se juxtaposent, se condensent, comme s'il n'y avait entre elles aucune contradiction, forment des compromis que nous n'admettrions jamais dans notre pensée normale… »[47]. Il peut désormais avancer le positionnement particulier qu'occupe le désaveu par rapport au négatif : « on dirait donc que le désaveu est à la dénégation comme le processus primaire est au processus secondaire. C'est cette relation que j'ai voulu rendre par le terme d'implicite : dans l'organisation symbolique du fétichisme, ce recours au processus primaire se constitue comme une enclave dans les opérations du processus secondaire ».[48]

[43] Dictionnaire Le Littré. Edition electronique.
[44] Rosolato, G. *Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme*. Op.cité p.10
[45] Ibid p.14
[46] Ibidem.
[47] Freud, S. *L'interprétation des rêves*. Cité par l'auteur.
[48] Rosolato, G. *Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme*. Op.cité p.15

Rosolato se veut avant tout fidèle aux textes freudiens, le *fétichisme* et le *clivage du moi dans les processus de défense* à ce sujet. Il insiste sur l'importance de cette prise en compte au niveau conceptuel de la simultanéité : « Avec l'alternative castrée/non castrée, la formule correspondante : « La femme n'a pas été castrée par le père », supprime et maintient en même temps la castration : dans le désaveu, deux formules proposées par Freud, s'opposent l'une à l'autre simultanément : la femme a un pénis (donc elle n'a pas été castrée) ; et la femme a été castrée par le père (donc elle n'a pas de pénis) »[49]. Rosolato propose pour conclure son article un complément de définition quant au désaveu : « Le désaveu est apparu, à l'examen, comme entraînant une réaction « en chaîne » : il lève et maintient à la fois la castration, mais aussi la différence des sexes et sa Loi. »[50].

Après le passage en revue de ces éléments théoriques introductifs, venons-en à l'intérêt de l'articulation de ce concept avec la clinique présentée dans cette recherche.

3.3. Perspectives de recherche & conclusion.

Il semble opportun de préciser le caractère d'originalité de ce travail de thèse en ce qui concerne le concept de *verleugnung*. Plusieurs aspects sont à mentionner : tout d'abord le fait que cette étude porte sur l'action de cet opérateur au niveau institutionnel et plus particulièrement au niveau de l'institution gérontologique ; point où se situe son originalité. Il ne sera donc citer aucun article de recherche comme appui théorique car aucun n'en fait mention. Notre conceptualisation s'appuiera donc sur les travaux d'auteurs qui ont abordé la question du point de vue d'un opérateur psychique singulier et non groupal, citons principalement Freud, Rosolato, Mannoni et Rey-Flaud.

Un autre aspect de son originalité réside dans l'illustration institutionnelle de ce que Kaës nomme le pacte dénégatif et notamment lorsque celui-ci a pour modalité le désaveu. Ce dernier, que nous avions proposé de nommer pacte de

[49] Ibid p.10
[50] Ibid p.39

désaveu n'a jamais été repérer, décrit ni étudier en ce qui concerne l'institution gérontologique. Nous nous attacherons ici à faire ressortir son expression et son agencement au niveau institutionnel.

Un dernier aspect singulier à mentionner s'exprime directement par une de nos hypothèses, à savoir : le désaveu comme opérateur central dans les phénomènes de maltraitance par négligence. Celle-ci, considérée comme une des expressions majeures de la maltraitance institutionnelle, vient se situer corrélativement au désaveu dans le champ de la psychopathologie de l'institution. Aucune thèse n'en a fait jusqu'ici ne serait-ce que mention, pour les raisons heuristiques que nous avons évoqué lors de l'introduction, c'est-à-dire à travers une démarche permettant de pouvoir *situer* la maltraitance dans ce champ là.

Pour conclure, il paraît important d'envisager non seulement l'originalité mais encore l'apport estimé de cette recherche dans les champs de la psychopathologie et de la gérontologie appliquée. Il est possible de faire une synthèse en trois points :

- Premièrement l'introduction dans le champ psychopathologique institutionnel d'un opérateur dont la nouveauté vient faire une rupture d'ordre heuristique ; point de départ nécessaire pour ce travail de recherche et pour tout travail universitaire ultérieur possible.

- Deuxièmement la limitation de cet effet d'inédit par le fait que le chercheur ne peut parvenir à analyser ce phénomène indépendamment du trajet qui mène à sa reconnaissance et à cette possibilité de le situer dans le champ susmentionné ; ce qui introduit une notion de « déjà-là », c'est-à-dire de préexistant.

- Dernièrement, la mise en lumière, en conséquence, de contraintes à penser le phénomène conduisant la recherche vers l'existence d'un impensé institutionnel de la maltraitance et des processus qui y sont liés.

Première partie

Axe central : le désaveu, opérateur central des phénomènes de maltraitance par négligence



La conspiration du silence
Huile sur toile.
Max Laigneau.

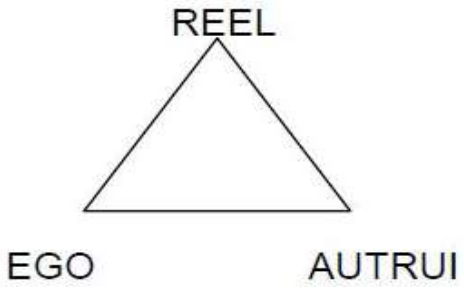
4. Pour introduire le pacte de désaveu.

L'exemple introductif tiré de la pratique d'Emilie a permis de mettre en évidence l'activité d'un opérateur, le désaveu, et surtout d'identifier celui-ci en tant que facteur permettant la poursuite du travail.

Dans ce chapitre, nous tenterons, toujours avec cet exemple, de dégager les enjeux et les nécessités de sa mise en œuvre ainsi que les différentes étapes de sa construction en tant que celle-ci implique à la fois l'institution et le sujet singulier.

Comme point de départ, il est important de remarquer que le poids de l'institutionnel, la dimension contraignante de l'organisation du travail priment à orienter l'hypothèse du désaveu, bien avant qu'il soit possible de remarquer l'implication d'Emilie dans ce procès. Dans le sens de cette hypothèse, l'organisation du travail et l'injonction qu'elle véhicule pour les soignants peuvent être abordées par un thème qui leur est liées, celui de la reconnaissance, fondamentale en psychopathologie du travail. Non pas sous l'angle d'un constat d'une contribution ou d'une gratitude venant de l'institution mais sous l'aspect connexe d'une reconnaissance de la réalité, des conditions et du contexte de travail auxquels font face les soignants en gérontologie. Ou sous un aspect singulier, une reconnaissance institutionnelle du rapport qu'un soignant, Emilie dans ce cas, entretient avec le réel du travail que constitue ici la prise en charge de la grande dépendance.

François Sigaut, dans son article « Folie, réel et technologie » synthétise ces rapports à travers le schéma suivant[51] :



[51] Sigaut, F. *Folie, réel et technologie. Travailler*, vol 12, 2004/2

Sigaut met donc en évidence la dynamique identitaire en jeu dans une situation de travail, qui pourrait être séquencée de la façon suivante : une reconnaissance portant sur l'action, le faire en premier lieu qui, par un mouvement circulaire, peut être repris dans un second temps comme jugement sur la qualité du travail et donc comporter des enjeux identitaires, *la gratification* dont parle Christophe Dejours. Celui-ci précise concernant cette dynamique l'importance des deux remarques suivantes :

- « Les rapports entre mobilisation subjective de la personnalité et de l'intelligence et accomplissement de soi passent nécessairement par une médiatisation, à savoir le rapport au *réel* que constitue le *travail*. »
- « Le rapport entre identité et travail est, lui aussi, médiatisé : par *autrui*, dans le jugement de reconnaissance. »[52]

Le discours d'Emilie sur sa pratique nous permet ainsi d'apporter plusieurs commentaires. D'une part si la souffrance au travail qu'elle exprime témoigne de sa mobilisation subjective, la question de l'accomplissement de soi semble relever d'une plus grande complexité. En effet, Emilie évoquait le manque de temps du à une charge de travail trop importante ainsi qu'à un nombre insuffisant de personnel, ne lui permettant pas d'établir une relation avec le patient où un temps et un espace serait dédié à la parole :

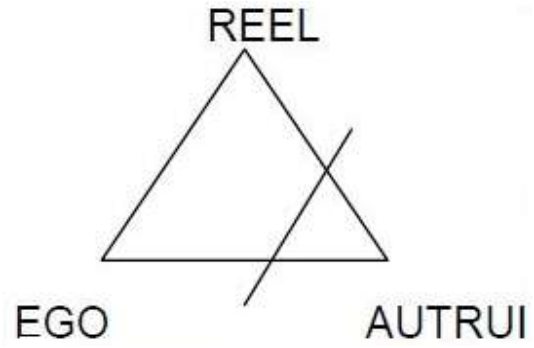
Emilie : « On n'a pas le temps de vraiment leur parler, de leur expliquer ce qu'on fait. ».[53]

[52] Dejours, C. *Travail, usure mentale*. Paris. Bayard. 2000. p.235

[53] Les propos d'Emilie cités en introduction méritent également d'être rappelés : « il y a des jours où tu pars et tu es déçu car il y a pleins de choses que tu n'as pas pu faire, parce qu'on n'était pas en nombre. Ces jours là je peux pas faire plus que ce que je fais déjà… »

Si Emilie témoigne ainsi de sa frustration, signe qui ne peut être attribué à un accomplissement, elle indique aussi clairement cette absence de choix et les contraintes auxquelles elle doit faire face, signant cette fois la présence de l'Autre institutionnel incarné ici dans l'organisation du travail. Notre attention se porte donc dans un premier temps sur Autrui en tant que médiateur représenté dans le triangle de Sigaut. En effet, l'organisation du travail se manifestant dans le discours d'Emilie par la dimension de la contrainte et l'absence d'alternative est donc vectrice d'une injonction de continuité. Celle-ci est vécue par Emilie sous l'aspect phénoménal d'une force contraignante. Et dans ce contexte de travail, contraindre à sa continuité revient à véhiculer une forme de non-reconnaissance de ce réel du travail en gérontologie, auquel Emilie se trouve notamment confrontée.

Ainsi cette *mise en impasse de la reconnaissance* nous conduit à mettre en évidence un phénomène d'aliénation du travail (Dejours, 2006). A savoir ici une situation où Emilie entretient un lien avec le réel de sa pratique en gérontologie mais où celui-ci n'est pas reconnu par l'Autre représenté dans ce cas par l'organisation du travail. Sigaut dénomme cette situation *aliénation sociale* et la formalise par le triangle suivant :



Il convient d'apporter un développement supplémentaire concernant ce schéma s'il met en évidence la non-reconnaissance, la maltraitance désavouée, il ne l'exprime qu'à travers un axe institutionnel. Or, notre hypothèse avance une co-construction du désaveu dans un procès engageant l'institution et ses acteurs. Il reste donc à examiner la situation dans laquelle se trouve le sujet de l'institution et les enjeux identitaires auxquels il va devoir faire face.

En effet, dans cette situation d'aliénation sociale, Emilie se trouve priver de la reconnaissance institutionnelle et ne peut ainsi juger de la légitimité et des fondements du lien qu'elle entretient avec le réel de son travail. Celui-ci impliquant la maltraitance par négligence ; cette dernière se trouvant dénié jusque dans son existence par l'organisation du travail. Ce qui, à ce stade, amène plusieurs interrogations : en quoi la situation où se trouve Emilie mobilise t-elle des enjeux identitaires ? Et quels enjeux la mise en œuvre d'un opérateur tel que le désaveu pourraient comporter pour Emilie ?

En ce sens, précisons d'abord la spécificité du concept d'identité en psychopathologie du travail. Christophe Dejours rappelle que l'identité représente ce qui dans le sujet est par nature instable, à l'inverse des invariants de la personnalité, et qui en ce sens est en attente d'une confirmation réitérée dans le temps. Lorsque cette dernière est absente ou défaillante, survient une crise d'identité au cours de laquelle le sujet ne parvient plus à se reconnaître lui-même et où l'éprouvé de sa propre continuité se trouve menacer. Ce qui lui permet de livrer le commentaire suivant sur le schéma de Sigaut :

« Par ailleurs, l'identité qui est essentiellement un vécu subjectif, pour être assurée, a en quelque sorte besoin d'objectivation. C'est-à-dire qu'elle a besoin d'une authentification échappant à la subjectivité. Ainsi l'identité est-elle indexée au réel. Et la reconnaissance de l'identité par autrui, c'est toujours aussi la reconnaissance par autrui d'un lien de vérité entre ego et le réel. »[54]

Et c'est en ce point de rupture entre le sujet et le réel provoqué par la mise en impasse de la reconnaissance de l'autre que s'origine la crise d'identité et la situation d'aliénation sociale qui en découle. En ce sens, Emilie se trouve dans l'incapacité de juger si oui ou non il s'agit d'actes de maltraitance ainsi que de répondre à l'interrogation suivante : « suis-je maltraitante ? », d'où se cristallise la problématique identitaire.

Face à ses enjeux identitaires, reprenons l'hypothèse du désaveu à partir de la formule d'Emilie « Oui c'est sûr, ce n'est pas normal…mais bon… » dont la

[54] Dejours, C, Dessors, D, Molinier, P. *Documents pour le médecin du travail*, N°58, Editions I.N.R.S. p.114

structure formelle correspond à celle mise en évidence par Octave Mannoni chez ses analysants « Je sais bien…mais quand même ». Ou en d'autres termes, celle-ci représente le modèle d'une croyance simultanément abandonnée et conservée à travers le désaveu (*Verleugnung*). L'exemple freudien de la différence des sexes, reprit par Rosolato servira ici à titre de rappel et de comparaison :

« …dans le désaveu, deux formules proposées par Freud, s'opposent l'une à l'autre simultanément : la femme a un pénis (donc elle n'a pas été castrée) ; et la femme a été castrée par le père (donc elle n'a pas de pénis). »[55]

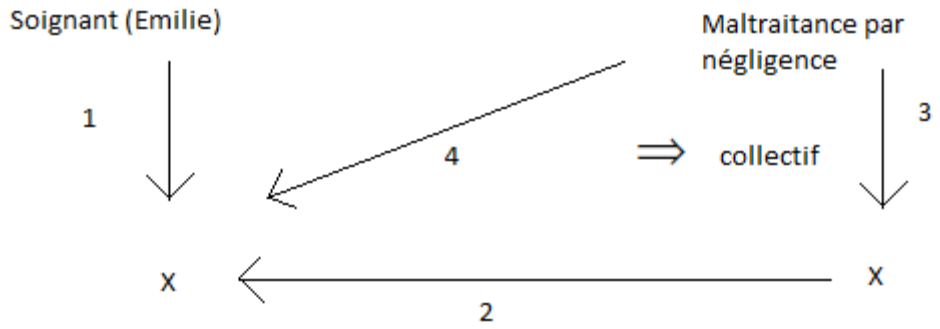
Cette coexistence de deux ordres de réalité distincts, signant l'existence d'un clivage, ainsi que de deux mouvements séparés face à une réalité : reconnaissance et déni, marque ici un des enjeux fondamentaux mobilisé par cet opérateur, à savoir la possibilité de maintenir une attitude, une croyance malgré le visible démenti infligé par la réalité.
Emilie, se trouvant face à une réalité institutionnelle de maltraitance, témoigne également de ces deux mouvements distincts à son égard : « C'est sûr, ce n'est pas normal » qui signe la reconnaissance de la réalité de la maltraitance (équivalent au « je sais bien » mis en évidence par Mannoni) et la suite de sa formulation « …mais bon… » faisant allusion à la persistance et à l'existence simultanée d'un autre ordre de réalité, déniant la reconnaissance de la première.
En somme, deux formulations se juxtaposent : la maltraitance existe / la maltraitance n'existe pas. Notre travail en partie introductive a permis de pointer l'existence d'un enjeu identitaire lié au déni en ce qu'il permet le maintien d'une croyance, rendant possible le maintien de la fonction de l'idéal chez le soignant. Il est temps de détailler plus précisément les mécanismes liés à cette opération.
Ainsi, avant de s'interroger sur les enjeux liés au désaveu, un éclairage peut être apporté en envisageant les implications conséquentes à la reconnaissance de la maltraitance. Et c'est cette même relation d'implication logique qui va mettre ici en évidence l'enjeu identitaire fondamental : si la maltraitance existe elle implique

[55] Rosolato, G. *Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme*. Paris. Seuil. 1967 p.10

le soignant par l'attribution de son qualificatif à son acte. Rappelons-le, cette attribution s'explique par le fait que la maltraitance par négligence implique par essence le collectif des soignants.
Quatre propositions sont ainsi à l'œuvre dans cette logique :

1) Emilie est une soignante.
2) Emilie fait partie du collectif de soignants.
3) La maltraitance par négligence implique l'ensemble du collectif de soignants.
4) Emilie est maltraitante.

Le schéma suivant permettra d'éclairer cette logique attributive et qui conduit finalement à ce que l'on nomme en logique une attribution de biais où un sujet, ici le soignant, va être nommé par un accident venant du dehors, de l'institutionnel dans ce cas :



En somme, ce schéma apporte une réponse, comme si la question de son essence était en jeu : « Qui est Emilie dans cette institution ? - Emilie est maltraitante ». En ce sens, un phénomène de l'ordre de l'accidentel pour Emilie va lui être attribué comme s'il s'agissait de son essence.
La crise d'identité ne peut en être que le corollaire évident ; disqualifiant la fonction de l'idéal du soignant et menaçant à terme la continuité du travail. Mais si, au contraire, la maltraitance se trouve désavouer, la dimension identitaire peut être préservée selon le processus suivant : le désaveu impliquant une non-

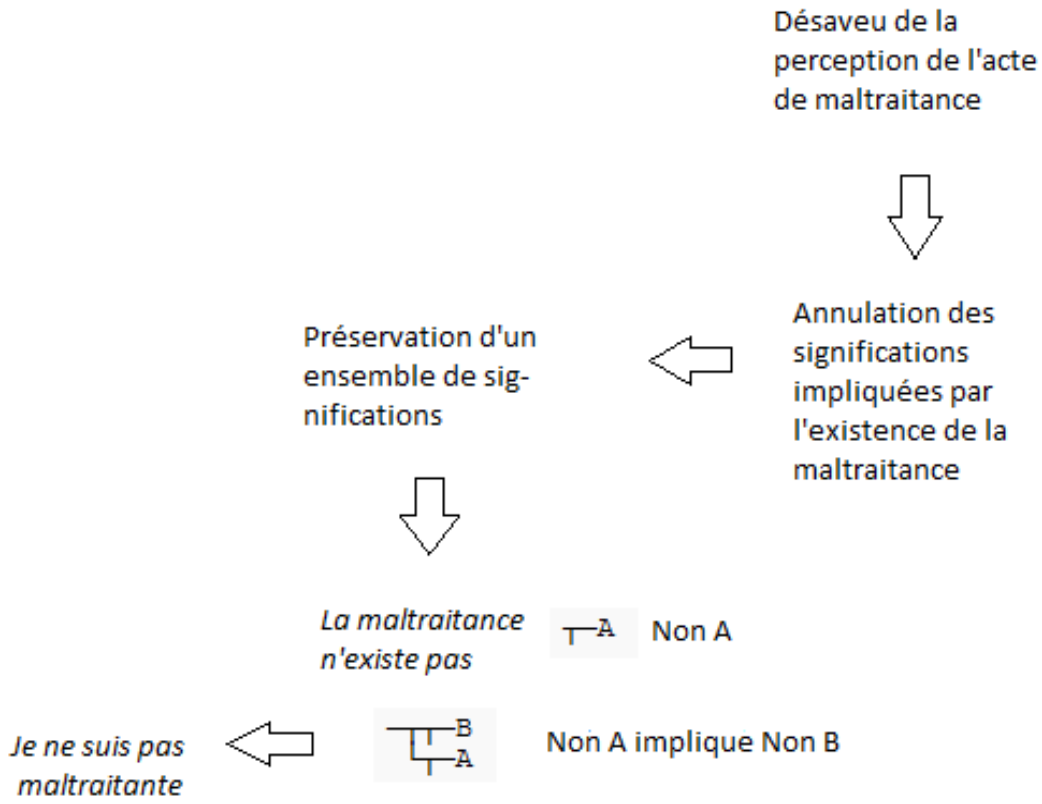
reconnaissance de l'acte de maltraitance entraine l'annulation des conséquences et des significations déductibles de la reconnaissance du phénomène. En termes de logique propositionnelle, deux propositions ont pu se dégager de notre analyse de la reconnaissance de la maltraitance :

A : La maltraitance par négligence existe (est reconnue).
B : Emilie est maltraitante.

Ce qui donne la notation suivante : $A \Rightarrow B$; ou en d'autres termes, la proposition A implique la proposition B : si la maltraitance par négligence existe alors Emilie est maltraitante. La logique du désaveu opère par la négation de cette implication en niant le fondement même de la proposition A à savoir son existence, sa réalité. Ce qui donne une négation de l'antécédent, proche du sophisme, et qui se note : non A $\Rightarrow$ non B.

Non A : La maltraitance par négligence n'existe pas.
Non B : Emilie n'est pas maltraitante.

En conséquence la maltraitance par négligence n'existant pas, Emilie ne peut donc pas être maltraitante. Il est donc clair que l'enjeu n'est pas seulement de disqualifier un ensemble de significations mais aussi de préserver certaines significations essentielles sans lesquelles la possibilité même du travail et sa continuité échoueraient et entraîneraient un vacillement identitaire chez le soignant en atteignant son narcissisme et en mettant hors jeu la fonction de l'idéal.
Le schéma suivant permettra de faire la synthèse des développements précédents :



Si ce schéma met clairement en évidence la logique du processus, il n'explique pas la nature des enjeux consistant à préserver cet ensemble de significations. Des précisions méritent d'être apportées.

En psychopathologie du travail, Christophe Dejours note qu'en ce qui concerne le rapport du sujet aux significations de son travail, deux aspects peuvent être mis en évidence : les significations se rapportant au sujet et celles concernant l'objet de son travail dont il énonce le rapport dialectique :

« …en même temps que l'activité de travail comporte une signification narcissique, elle peut mobiliser des investissements symboliques et matériels destinés à un autre, c'est-à-dire à l'Objet. La tâche peut aussi véhiculer un message symbolique pour quelqu'un, ou contre quelqu'un. »[56]

Il est à noter que ces deux types de significations ne peuvent être scindées mais doivent être envisagées dans une relation de circularité et œuvrant à la

[56] Dejours, C. *Travail, usure mentale*. Paris. Bayard. 2000. p.87

construction du sens du travail. En ce sens, Dejours introduit également l'idée de satisfactions symboliques qu'il définit comme suit :

« C'est le sens ou la signification du travail […] dans leurs rapports avec le désir. Cela dépend de ce que la tâche véhicule au point de vue symbolique. »[57]

Cette satisfaction est donc subordonnée à la signification du travail si celle-ci est en accord avec le désir du sujet, entendu ici comme son désir et son idéal de soignant.
Ici peut donc s'envisager la possibilité d'une crise identitaire en tant que celle-ci s'origine d'un point de rupture que Kaës envisage comme le *vécu de la crise* (Kaës, 1979). Il remarque que cette expérience est une menace pour le sujet concernant notamment « la continuité du soi, l'organisation de ses identifications et de ses idéaux, l'usage de ses mécanismes de défense… »[58], et menace également la continuité du travail dans le cas d'Emilie, enjeu dont les bénéfices sont intermédiaires entre l'institutionnel et le sujet singulier.
Kaës poursuit sa théorisation de la crise par une interrogation, essentielle pour saisir l'enjeu et les possibilités que va rencontrer Emilie dans cette situation :

« Dans cet *intervalle* entre une perte assurée et une acquisition incertaine, que se passe-t-il pour le sujet…alors que le temps est comme suspendu, figé et neutralisé ? »[59]

Dans le cas d'Emilie une réponse peut être apportée : en cet intervalle se saisit la mise en œuvre d'un opérateur : le désaveu ; permettant à Emilie de suspendre la crise, par l'intermédiaire du clivage instauré, et non de la traverser ou d'y apporter une solution. Le désaveu en annule le fondement et le clivage en anesthésie le vécu subjectif.
En effet, cette crise d'identité apparaît comme la conséquence logique de la reconnaissance de la maltraitance où les significations du travail par rapport au

[57] Ibid p.103
[58] Kaës, R. *Crise, rupture et dépassement*. Paris. Dunod. 2004 (1979) p.23
[59] Ibid p.24

sujet et à l'objet deviennent menaçantes pour l'intégrité de ceux-ci. L'acte de maltraitance prend ainsi une signification symbolique allant *contre* la personne âgée et circulairement atteint le soignant jusque dans sa fonction et sa tache primaire qui est de soigner, en le désignant non plus comme quelqu'un qui soigne mais comme quelqu'un qui maltraite.

Il faut donc tenter de saisir l'opportunité du désaveu face aux menaces d'atteintes des idéaux, narcissiques et identificatoires associées à la crise identitaire.

Etymologiquement, le mot *crise* est issu du latin *crisis* et du grec ancien *krisis* ; ce dernier signifiant : « moment décisif »[60] ou par extension l'acte de décider dans cette situation. Kaës en retient les éléments de définition suivants : « …changement brusque et décisif dans le cours d'un processus »[61]. Quand à René Thom, dans son ouvrage « Crise et catastrophe », le concept de perturbation et l'idée de menace sont mises en avant :

« Est en crise tout sujet dont l'état, manifesté par un affaiblissement apparemment sans cause de ses mécanismes de régulation, est perçu par le sujet lui-même comme une menace à sa propre existence ».[62]

Menace générant, dans la plupart des cas la mise en œuvre de moyens d'action pour faire face à la crise, ou de nouveaux mécanismes régulateurs au sens de René Thom. Ce dernier distingue toutefois crise et catastrophe, où dans cette dernière la structure se trouve inexorablement atteinte alors qu'elle peut demeurer *intacte* dans la crise :

« La catastrophe est par essence un phénomène bien visible, une discontinuité observable, un « fait » patent. La crise peut être latente ou sournoise. »[63]

[60] Alexandre, C ; Planche, J. *Dictionnaire français-grec*. Paris. Hachette. 1861 p.270
[61] Kaës, R. Op.cité p.14
[62] Thom, R. *Crise et catastrophe*. Communications. 25-26. 1976 p.35
[63] Ibid p.34

Bien que celle-ci entretienne-t-un lien évident avec la catastrophe, en en représentant le signe annonciateur, elle ne peut être définie comme telle. En effet, celle-ci peut *avorter* ou *se résorber sans laisser de trace* ou encore n'engendrer aucun *changement*.

Ces éléments apportent une contribution pour mieux comprendre la situation d'Emilie car la crise identitaire, sans se résorber ni avorter, n'entraine aucun changement sous l'effet du désaveu. Alors que dans la logique de la reconnaissance de la maltraitance que nous avons décrite la crise identitaire est directement liée à un vécu catastrophique représenté par la désignation d'Emilie comme maltraitante et des significations rattachées. Il est donc légitime de se demander comment le désaveu parvient t-il à cet état de fait ?

Dans l'espace et le temps *critique*, le désaveu en clivant la réalité et en instaurant simultanément les formulations suivantes : la maltraitance existe (est reconnue) / la maltraitance n'existe pas (non-reconnaissance/déni), rend la situation indécidable ; le processus de jugement et la prise de décision liée par définition à la crise se trouvent suspendu. Cette dernière n'est pas pour autant annihiler mais mise hors-jeu, en suspens. Et le soignant se trouve donc protéger de la catastrophe car le désaveu de l'existence de la maltraitance et le clivage permettent d'en anesthésier le vécu subjectif.

Le désaveu permet donc d'éviter la catastrophe en suspendant le processus de la crise. Que permet-il de conserver alors ?

En synthèse des éléments de réponse déjà fournis, il est possible de remarquer que certains relèvent de l'institutionnel et d'autres sont à positionner du côté du soignant sans qu'il apparaisse concevable de les envisager séparément. En effet, si de toute évidence le désaveu permet de préserver un ensemble de significations essentielles pour le narcissisme du sujet liées à la fonction de l'idéal du bon soignant et surtout à la possibilité de son maintien, il est vain d'en nier l'enjeu institutionnel de continuité du travail. Le vécu catastrophique et la crise identitaire liée à la désignation de soignant « maltraitant » remettrait la possibilité de la poursuite du travail en question voire l'empêcherait immédiatement. L'instauration du clivage permet d'éviter cet état de fait.

Il est à noter également la préservation des satisfactions symboliques mentionnées plus haut. En effet, lorsque l'organisation du travail, aliénante pour le soignant, induit un contexte de maltraitance par négligence, le désir de celui-ci n'est pas pris en compte. Le désaveu permet donc de préserver ses satisfactions symboliques en conservant un ensemble de significations du travail, de la tâche, compatibles avec le désir d'être soignant et l'idéal d'être un bon soignant ; la préservation de la formule « je ne suis pas maltraitante » en est directement connexe. Ce qui permet de maintenir le sentiment de continuité identitaire, par nature instable comme le notait Dejours, en palliant à la défaillance de confirmation de celle-ci voire même de sa possibilité si Emilie se trouvait désigner comme maltraitante. La menace visant la continuité identitaire se trouve donc écartée.

Ces enjeux étant précisés, il est maintenant nécessaire d'examiner les liens existant entre le désaveu institutionnel et le désaveu singulier repéré chez Emilie. Postuler que celle-ci mettrait en œuvre cet opérateur pour des motifs liés au sujet singulier reviendrait à nier la dimension institutionnelle du phénomène. Et le postulat inverse équivaudrait à ne pas reconnaître l'implication d'Emilie. Au-delà de l'origine institutionnelle ou singulière, nous posons la question de l'existence d'une formation intermédiaire, biface, produit de leur relation, et seule à pouvoir rendre compte des liens de réciprocité existant entre les enjeux de chacune des parties. Formation intermédiaire dont la spécificité peut être étudiée à travers l'espace de clôture, la *zone d'obscurité* (Kaës, 1987), représentant un espace psychique partagé et formé par l'action d'un opérateur commun : le désaveu. En effet, le désaveu de la maltraitance fait consensus quand aux enjeux et bénéfices apportés aussi bien au niveau singulier qu'institutionnel (continuité du travail ; préservation du lien narcissique et maintien de la fonction de l'idéal…). Cette formation intermédiaire permet donc à travers le désaveu le maintien de son objet dans un espace commun négatif régulé par la non-perception de la réalité ; celle-ci remettrait en cause le lien institutionnel et les investissements qui lui sont liés. Il est désormais possible d'identifier cette formation intermédiaire en

tant que pacte dénégatif[64] car les trois critères relevés par Jacques Robion pour identifier le pacte dénégatif ont été validés : contenu identique ; obligation partagée de répression de celui-ci ; et consensus sur l'opérateur désigné (Robion, 2000). En effet, la maltraitance par négligence a été mise en évidence comme objet commun lié à une double non-reconnaissance, institutionnelle et singulière. Par ailleurs, les enjeux négatifs associés à la reconnaissance de la maltraitance : crise identitaire pour les soignants et menace de la continuité du travail pour l'institution, ont mis en lumière l'obligation partagée. Enfin, le désaveu est apparu en tant qu'opérateur le plus consensuel aussi bien concernant les enjeux qu'il permet de conserver qu'au niveau des bénéfices retirés : continuité des investissements, préservation des images idéales du soignant, du lien narcissique.

Toutefois, après avoir identifié les enjeux et bénéfices liés à la construction de ce pacte de désaveu, il est nécessaire d'examiner les *zones d'obscurité* ainsi que *les espaces de clôture* qu'il crée ou en d'autres termes les effets de sa polarité négative pour chacune des parties concernées. Examen nécessitant une partie dédiée.

[64] « …la formation intermédiaire générique qui, dans tout lien – qu'il s'agissed'un couple, d'un groupe, d'une famille ou d'une institution -, voue au destin du refoulement, de déni, ou de désaveu, ou encore maintient dans l'irreprésenté et dans l'imperceptible, ce qui viendrait mettre en cause la formation et le maintien de ce lien et des investissements dont il est l'objet ».
Kaës, R. *L'institution et les institutions*. Paris. Dunod. 1987 p.32

5. Les modalités négatives du pacte et sa mise en échec.

L'introduction du pacte dénégatif a permis de mettre en évidence, outre ses enjeux et bénéfices, un *laisser de côté* pour reprendre le mot de Kaës. Ce reste, objet même du pacte, représente « …ce dont il ne saurait être question entre ceux qu'il lie, dans leur intérêt mutuel, pour satisfaire à la double logique croisée du sujet singulier et de la chaîne »[65]. Ce reste, situé dans *une zone d'obscurité*, se trouve maintenu dans la non-représentation et la non-perception. Le pacte dénégatif entrave ainsi les processus de pensée, de fantasmatisation ; et de subjectivation puisqu'il remet en jeu la question du rapport subjectif à la réalité.
Il devrait donc être possible de repérer les effets délétères de ce pacte dans la situation d'Emilie. En effet, sa formulation à propos de la maltraitance par négligence : « Oui c'est sûr, ce n'est pas normal…mais bon… » renvoie également à ce que Christophe Dejours a établi en tant qu'absence de commentaire. Celui-ci est entendu en psychopathologie du travail sous l'acception suivante :

« Le commentaire est donc le matériel même de saisie de la subjectivité des travailleurs. Il serait en quelque sorte la formulation de l'activité de penser des travailleurs sur leur situation »[66].

Témoin de la subjectivité, il se différencie donc des éléments venant de l'extérieur comme le mode opératoire lié à l'organisation du travail. Dejours s'intéresse ainsi aux situations de travail où le commentaire disparait ou s'oblitère progressivement, notamment à propos de la question du danger du travail. Il repère une description voire une énumération des risques mais une absence de commentaire d'où pourrait se saisir le vécu subjectif.
L'extrait d'un de nos entretiens avec Emilie apporte plusieurs exemples de ce à quoi Dejours fait référence :

[65] Kaës, R. *L'institution et les institutions*. Paris. Dunod. 1987 p.33
[66] Dejours, C. *Travail, Usure mentale*. Paris. Bayard. 2000 p.202

Emilie : « La plupart du temps nous sommes deux aides-soignants par étage »
Psychologue : « Pour combien de résidents ? »
E : « Entre 25 et 30 ».
P : « Et donc, combien de toilettes devez-vous faire dans la matinée ? »
E : « 14. Et souvent c'est une aide-soignante et une personne employée en C.A.E…quelqu'un qui n'est pas non plus trop formé…et qu'on ne peut pas laisser seule… De toute façon, quand on est deux – que ce soit au premier ou au troisième étage – il n'y a aucune douche qui est donnée. On a été deux pendant deux mois cet été donc vous imaginez… »

Il est aisé de repérer dans le discours d'Emilie les descriptions opératoires liées la contrainte inhérente à l'organisation du travail. En revanche, des points de suspension existent en guise de commentaire et témoignent ainsi de l'effacement de l'activité de penser.
Dejours note en ce sens que s'il existe une *connaissance « théorique »* des risques, le corrélat concernant la perception des risques est absent, à savoir un commentaire sur le danger encouru et nécessitant une implication subjective. Dejours conclut donc à l'existence d'un clivage entre :

- risque et danger.
- réalité et perception de la réalité.
- description opératoire et commentaire subjectif.

Ce qui permet de relever les rapports existant entre la perception et ses conséquences subjectives comme la souffrance. En effet, la formulation « vous imaginez… » signant l'absence de commentaire témoigne de toute évidence d'une souffrance au travail. Car elle implique le fait de participer à un contexte collectif de maltraitance par négligence. Cette absence de commentaire va donc dans le sens d'une mesure défensive visant la perception de la maltraitance et de ses dangers que nous avons déjà évoqué dans ce travail sous le nom de désaveu. Ce dernier et le clivage en qui en résulte implique nécessairement, nous l'avons vu, une atteinte à la capacité de penser par l'entrave même qu'ils réalisent. Et permettent ainsi la poursuite de pratiques dont la reconnaissance

entraînerait une lutte, une révolte ou en somme une menace vis-à-vis de leur continuité. Reconnaissance de la réalité de la maltraitance dont la privation place Emilie dans une situation d'aliénation sociale que nous avons pu mettre en évidence avec Sigaut. Ainsi, une partie des conséquences délétères faisant suite au désaveu ont été mises en lumière à savoir l'instauration du clivage et l'aliénation dans laquelle est placé le soignant. Il semble toutefois possible d'aller plus loin dans l'investigation en analysant le lien qu'Emilie entretient avec l'organisation du travail et les contraintes qui lui sont connexes. En effet, lorsque j'interrogeais Emilie sur les conséquences relationnelles quand elle ne disposait que d'un quart d'heure pour les actes de toilettes d'un résident, elle prit l'exemple de Madame G. qu'elle décrit comme une personne qui ne communique plus par la parole, conséquence d'un syndrome démentiel :

Emilie : « Elle se débat, elle frappe… Et on la force au cas… Comment vous dire… Pour la tourner dans un sens presque on n'y va…pas violemment mais…Vous voyez…On est obligé de forcer parce qu'elle se laisse pas faire du tout ».

Cette formulation « On est obligé de forcer » contraste étrangement voire paradoxalement avec l'idéal du bon soignant qu'Emilie présentait dans son discours avec son souhait de « bien faire son travail ». Le paradoxe est pourtant la seule explication possible : l'injonction de continuité liée à l'organisation du travail se manifeste de manière contraignante chez le soignant, le « on est obligé » en témoigne ; le désir d'Emilie se trouvant expulsé du fait même de l'organisation du travail ; L'aliénation est encore ici repérable. A ce propos, Dejours fait l'analyse suivante :

« L'organisation du travail apparaît comme le véhicule de la volonté d'un autre, à ce point puissante qu'à la fin le travailleur est comme habité par l'étranger »[67]

[67] Ibid p.188

En ce sens, le désir du sujet n'est pas pris en compte par l'organisation du travail et l'injonction organisationnelle incarnée dans le « on est obligé » tente de se substituer à celui-ci, d'où l'aliénation.
Dejours note en ce sens le caractère dépersonnalisant de cette injonction qui ouvre sur la négation de l'individualité, de l'histoire personnelle du sujet, d'où l'apparition d'une souffrance au travail.
Cette dépersonnalisation peut donc être envisagée dans les étapes du procès de désaveu comme résultat du phénomène d'aliénation et également comme effet du clivage. Il convient toutefois d'apporter certaines précisions concernant la dépersonnalisation en introduisant cette fois nos entretiens avec Frédérique, aide-soignante travaillant dans la même équipe qu'Emilie. Ainsi, lors de nos trois rencontres, Frédérique insista longuement sur une organisation du travail qu'elle décrit de façon similaire à une taylorisation (Quaderi, 2004) telle qu'on a pu l'observer dans le domaine de l'industrie. Ainsi, le découpage en différentes tâches de soin, la charge de travail trop importante comparée aux effectifs soignants, entraînant une réduction importante du temps passé avec le résident, entrave l'instauration de la relation de soin comme l'évoque Frédérique.
En ce sens, Frédérique employa plusieurs fois les termes « robotisés » et « automatisme » ou encore « mécanisme », pour décrire la façon dont elle percevait son travail d'aide-soignante auprès de personnes âgées :

« **On bascule, on s'occupe de quelqu'un qui n'existe plus en fait…C'est vrai qu'on est un peu robotisé aussi. Si je n'avais à m'occuper que de quatre personnes, j'envisagerai mon temps différemment. A deux pour vingt-sept malades, il n'y a pas de secret. Quelque part il faut qu'il y ait un côté mécanique aussi…** »

Plusieurs thèmes sont se dessinent à travers les propos de Frédérique. Commençons par la dépersonnalisation. Décrite par Schilder comme « un état où l'individu ne se reconnaît pas lui-même comme une personnalité »[68] ; auparavant, Mayer avait permis de faire la distinction entre dépersonnalisation (modification

[68] Schilder, P. *L'image du corps*. Paris. Gallimard. 1968

de la perception du sujet lui-même) et déréalisation (modification de la perception du monde extérieur)[69]. Celle-ci prévaut dans les classifications actuelles ; ainsi, la CIM-10 isole en tant qu'entité transnosographique le syndrome de dépersonnalisation-déréalisation (F 48.1). Il s'y trouve décrit comme un trouble où se distingue des plaintes du sujet concernant une *altération qualitative* des sphères de la pensée, corporelle ou environnementale. Celles-ci pouvant être perçues de manière *irréelles*, *lointaines* ou « robotisées » connexes à un sentiment d'étrangeté. Guelfi note ainsi *une perte de l'identité propre, une non-reconnaissance de ses pensées et un doute sur l'appartenance personnelle de divers souvenirs*[70] pouvant aller jusqu'à une impression xénopathique (*phénomènes d'influence ou d'action extérieure)*dont fait mention Henri Ey[71]. A ces troubles s'associe la déréalisation, à savoir la perte du sentiment de réalité associé à l'activité perceptive.

Le diagnostic syndromique repose sur les critères a) ou b) suivants, et doit répondre aux critères c) et d) :

a) Présence de symptômes de dépersonnalisation ; le sujet perçoit ses sentiments ou expériences comme détachés, lointains, perdus ou ne lui appartenant pas.
b) Présence de symptômes de déréalisation ; le sujet perçoit les objets, les gens ou l'environnement comme irréels, distants, artificiels, sans couleur ou sans vie ;
c) L'insight est conservé : le sujet réalise que le changement a lieu en lui-même et n'est pas imposé de l'extérieur par d'autres personnes ou d'autres forces.
d) Le trouble ne survient pas dans un contexte d'obnubilation de la conscience, d'état confusionnel d'origine toxique ou d'épilepsie.

Dans la clinique que nous avons présenté, le critère a) est repérable dans la formule « on est obligé » d'Emilie ainsi que dans le sentiment d'être « robotisée »

[69] Mayer Gross W. On depersonalization. *Br J Med Psychol.* 1935 ; 15 : 103-122
[70] Guelfi, J-D. *Psychiatrie*. Paris. PUF. 1987 p.508
[71] Ey, H. *Manuel de psychiatrie*. Paris. Masson. 1960 p.75

dont nous fait par Frédérique. Toutes deux évoquent le vacillement identitaire : Emilie met en avant une intention ne lui appartenant pas, imposée et vécue sous le mode d'une contrainte à agir ; et Frédérique repose la question de l'identité du soignant dans ce contexte de travail à travers l'induction d'un agir « robotisé », d'un automatisme excluant la pensée propre du soignant d'où s'ensuit une dépossession de son propre désir et de son idéal.

Le critère b), la déréalisation, s'observe en début du discours de Frédérique dans la formule « on s'occupe de quelqu'un qui n'existe plus en fait » et dans celui d'Emilie à-propos de Madame G, introduit plus haut, où je l'interrogeais sur ce dessaisissement de la parole dont elle témoignait dans la relation de soin : « Dés fois on a l'impression qu'elle est morte, qu'il y a personne ». Ainsi, Emilie et Frédérique décrivent l'expérience de déréalisation à travers une perception du réel décrite comme sans vie, sous la forme principale donc de la désanimation (Krapf, 1952) de soi (l'aspect robotisé) puis de l'autre en conséquence ; la désanimation peut ainsi être envisagé comme le *générateur* de la déréalisation[72]. La désanimation privant d'affect la relation à l'autre le réduit à un objet inanimé, d'où l'expérience déréelle rapportée par Frédérique et Emilie.

Le syndrome de dépersonnalisation-déréalisation étant identifié, il est utile avant d'en livrer l'analyse, d'apporter quelques remarques sur la nature, la spécificité et la fonction de celui-ci.

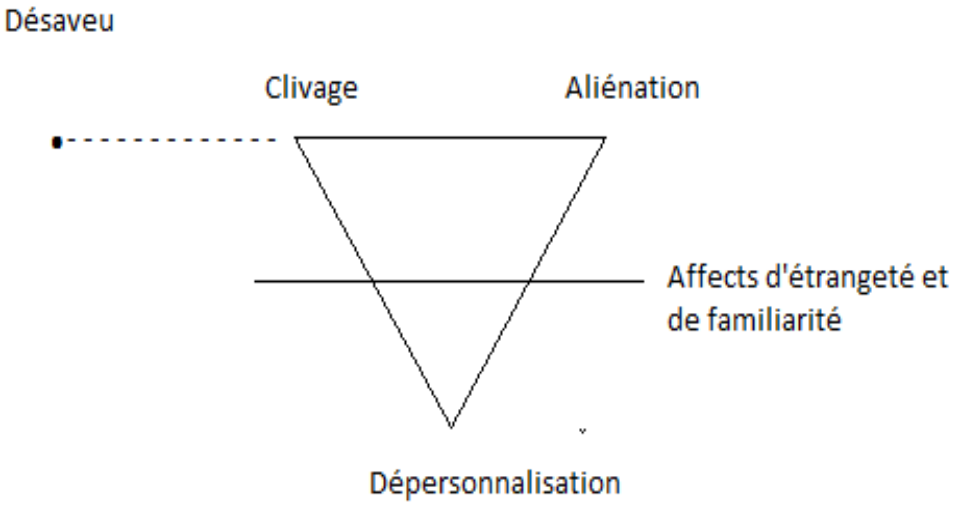
Une remarque de Minkowski trouve ici tout son à-propos : « Ce qui importe, c'est d'examiner jusqu'à quel point la relation directe admise entre les facteurs « dépersonnalisants » de la vie moderne et les manifestations pathologiques qu'on désigne du terme de dépersonnalisation est justifiée. […] Ces conditions « dépersonnalisantes » ne mènent point à la dépersonnalisation en tant que symptôme clinique »[73]. En effet, cette possible confusion de termes, où Minkowski note que l'action de dépersonnaliser ou le facteur « dépersonnalisant » peuvent amener l'apparition manifestations cliniques différentes du syndrome de dépersonnalisation, nous permet d'introduire la spécificité de notre propos qui ne relève précisément ni du facteur

[72] Krapf, F.E. *La dépersonnalisation*. Rapport au premier congrès mondial de psychiatrie, 1950. Paris. Hermann. 1952

[73] Minkowski, E. *Traité de psychopathologie*. Le Plessis-Robinson. Synthélabo. 1999 p.433

« dépersonnalisant » ni du syndrome clinique de dépersonnalisation-déréalisation. Mais bien plutôt d'un point de variation entre ces deux derniers.
Variante dont l'imputation ne peut être attribuée seulement au fait institutionnel ou au singulier d'une configuration psychique mais qui peut être localisée en un point de jonction, dont la suture témoigne de leur lien, représenté par la formation intermédiaire ; celle-ci étant identifiée comme pacte de désaveu. Le syndrome de dépersonnalisation-déréalisation diagnostiqué peut donc s'envisager comme effet de cette formation intermédiaire, au carrefour de l'institutionnel et du singulier.
Concernant celui-ci, il est désormais possible d'en préciser les enjeux. Le vacillement identitaire repérable dans les expériences de dépersonnalisation et de déréalisation ; l'exemple du « robot » étant commun aux deux ; peut s'envisager comme résultat du processus d'aliénation et comme effet du clivage. Tous deux participants à la problématique de la crise identitaire que Degiovanni définit comme *être quelqu'un d'autre que ce que j'étais*[74] ; celle-ci étant identifiable dans l'aliénation, à travers la force contraignante avec laquelle l'injonction organisationnelle s'impose au soignant et se substitue à son intention en excluant son désir propre et son idéal de soignant. L'image du robot en est une parfaite illustration.
Le clivage, lié au désaveu de l'existence de la maltraitance, témoigne également de ce temps de vacillation identitaire engendrée par la coexistence du déni et de la reconnaissance de la réalité susmentionnée. Un temps lié au clivage où l'enjeu de la question identitaire « suis-je maltraitante » se trouve suspendu par l'intermédiaire d'une possible simultanéité entre l'existence et la non-existence de cette réalité. Temps de l'indécidable où l'identité vacille entre le maintien d'un idéal et le démenti de la réalité et où l'expérience de dépersonnalisation et de déréalisation s'éprouve.
A ce stade, un schéma récapitulatif permettra une vision de synthèse sur les différents aspects du procès de désaveu étudié.

[74] Degiovanni, A ; Gaillard-Sizaret, C ; Gaillard, P. *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXVII ème session*. Paris. Masson. 1980



Le désaveu, identifiable comme opérateur central dans les phénomènes institutionnels de maltraitance par négligence, produit, en tant que modalité spécifique du pacte dénégatif, un clivage où coexiste déni et reconnaissance de cette réalité permettant la sauvegarde des enjeux identitaires pour le soignant et la continuité du travail en tant que bénéfice pour l'institution; le désaveu de la maltraitance, par l'injonction de continuité qu'il véhicule, plonge le soignant dans une aliénation et contribue, en niant son désir propre et son idéal, à induire un état de dépersonnalisation entretenu par le clivage qui, en un temps qui lui est propre, provoque le vacillement identitaire dans l'interstice creusé par la coexistence du déni et de la reconnaissance.

Plus haut, un autre thème avait été annoncé à partir du discours de Frédérique, en parallèle de la dépersonnalisation, il s'agit du motif du double.

En effet, ce choix de termes « robot » et « automate » pose la question de la responsabilité de l'acte de maltraitance Ce choix n'est pas sans évoquer cette suspension où le désaveu maintient le jugement.

Voici la définition de l'automatisme : Conçu pour fonctionner sans opérateur »[75], et celle d'automate qui en dérive : « Machine et en partie, machine imitant, les êtres animés »[76]. Faire son travail en gérontologie tel un automate, c'est me

[75] Dictionnaire *Le Littré,*
[76] Ibid

proposer la signification d'un acte où la responsabilité du sujet se dérobe. L'acte de maltraitance est posé comme étranger, et la métaphore de l'automate lui permet de s'en soustraire l'attribution.

En entendant les paroles de Frédérique, je trouve qu'un effet d'inquiétante étrangeté s'en dégage. Etrange car ce rejet de la responsabilité de l'acte évoque le motif du Double ; et familier, car justement j'ai l'impression de très bien comprendre de quoi elle parle. Je complète même sa phrase (citée plus haut) par une suite qui me semble à ce moment à –propos :

Clinicien : « Pour pouvoir continuer à travailler ? »

Frédérique : « Il faut que ça rentre dans les clous quand même »

lui dis-je. Intervention qui relève plus d'une complémentation de ses dires plutôt que d'une interrogation sur ces derniers. Moment qui traduit mon soutien à cette construction qui vient figurer le clivage par la figure du robot et qui lui permet de se soustraire la responsabilité de l'acte de maltraitance et de se dégager du sentiment de culpabilité qui lui est connexe. Nous semblons donc nous entendre sur quelque chose qui n'est pas dit nommément mais qui paraît aller de soi : le pacte dénégatif dont l'implicite scelle ce dont il ne doit pas être question dans nos entretiens ainsi que sa dynamique transféro-contre-transférentielle . Pacte dont le refoulement commence ici à vaciller, à faire échec. Et c'est à ce moment précis que se situe le sentiment d'inquiétante étrangeté (*unheimlich)*.

Dans sa nouvelle, *Les automates*[77], Hoffmann décrit l'existence d'un de ceux-ci nommé le turc parlant. Ce dernier possédant un étrange don de prophétie. L'évocation de cette figure ne suffit pas à produire le sentiment d'inquiétante étrangeté :

« Le Turc parlant produisait une sensation générale : même il mettait toute la ville en mouvement, car jeunes et vieux, riches et pauvres venaient, du matin au soir, entendre les oracles que les lèvres rigides du merveilleux personnage, à

la fois mort et vivant, proféraient à voix basse en réponse aux questions des curieux […]

Lorsque comme c'était l'usage, l'on avait murmuré à l'oreille droite du Turc la question qu'on désirait lui soumettre, il tournait d'abord les yeux et ensuite toute la tête du côté du questionneur et on croyait sentir, d'après l'haleine qui sortait de sa bouche, que la réponse donnée à voix basse venait véritablement du corps du personnage. Chaque fois qu'une réponse avait été émise, l'artiste glissait une clef dans le côté gauche de l'appareil et il remontait à grand bruit un mécanisme d'horlogerie… »[78]. Cette description de l'automate, pas plus que cette incertitude sur l'origine de son savoir ne conduit à ressentir l'effet qui nous intéresse ici. L'inquiétante étrangeté, à propos cette fois de la poupée Olympia dans un autre récit d'Hoffmann (*L'homme aux sables*) ne provient pas majoritairement selon Freud d'un questionnement sur la présence possible d'une âme en elle (contrairement à l'opinion de Jentsch) mais repose principalement sur la résurgence du complexe de castration. Il y a ici une similitude avec notre récit où l'*Unhemlich* va faire irruption simultanément avec la présence de l'inconscient.

Revenons au récit d'Hoffmann. Louis et Ferdinand, deux amis d'enfance, discutaient de l'automate dans la société qu'ils fréquentaient. Le Turc parlant vint à l'ordre du jour. Ils décidèrent donc d'aller voir le fameux automate pour la première fois. Sur le départ et après quelques déceptions, Ferdinand s'exprima ainsi : « Certes messieurs, vous n'êtes pas très satisfaits du savant turc. Mais peut être est-ce à nous qu'il faut nous en prendre, à nos questions qui n'ont pas plu à l'homme ? […] Je ne sais quelle idée me prend de poser encore une question ; mais si elle aboutit à une réponse exacte, elle suffira à sauver l'honneur de l'automate »[79].

L'atmosphère se modifie au moment où Louis et les autres hommes présents observent la réaction de Ferdinand qui vient de recevoir sa réponse.

« Louis vit pâlir brusquement Ferdinand qui, au bout de quelques secondes posa une nouvelle question et reçut aussitôt la réponse […] Ferdinand eut beau vouloir cacher l'émotion qu'il éprouvait, elle ne s'en manifestait pas moins d'une manière très nette par les efforts qu'il faisait pour paraître joyeux et sans souci ;

[78] HOFFMANN, E.T.A. *Les automates* in *Nouvelles musicales*. Paris, Stock, 1984.
[79] Ibid p.172.

et si, le turc eût fait à tous les réponses les plus prodigieuses, jamais la société n'aurait été saisie par ce sentiment étrange et presque angoissant qui s'empara d'elle en présence de la tension visible que l'on constatait chez Ferdinand »[80]. Ce passage suffit à produire l'impression d'inquiiétante étrangeté chez le lecteur d'Hoffmann.

Que s'est-il ajouté ?

La question du refoulé semble t-il, de « quelque chose qui est pour la vie psychique familier de tout temps, et qui ne lui est devenu étranger que par le processus du refoulement. »[81], telle est la définition de l'*Unheimlich* pour Freud. Plus précisément dans notre cas, ce sentiment se produit chez le lecteur par l'imminence de l'accès à un savoir qui « aurait du rester dans l'ombre »[82], par la proximité du refoulé du à un possible échec du mécanisme du refoulement.

Tentons un parallèle avec ce que dit Freud dans sa seconde théorie de l'angoisse qu'il formula en 1926 dans son ouvrage *Inhibition, symptôme et angoisse*. Elle est une théorie de l'angoisse-signal. : « Le moi revit la réaction d'angoisse d'origine, atténuée, et le signal d'angoisse permet au moi de mobiliser ses défenses »[83]. Freud attribue ici à l'angoisse une fonction de défense du moi. Le signal prévient donc de la proximité d'un danger pour le moi, dans notre cas la proximité pour le lecteur de l'émergence d'un savoir refoulé. Dans cette théorie, l'angoisse appartient au moi, « apparaît dans le moi et ne provient pas du refoulement mais le suscite ». L'angoisse « fait le refoulement »[84]

L'automate, personnage d' « une mort vivante ou d'une vie morte »[85], auquel s'ajoute l'imminence d'un savoir qui devrait être maintenu inconscient, dont vient témoigner le signal d'angoisse, constitue la combinaison pour que l'effet d'inquiétante étrangeté se produise chez le lecteur. Cette synthèse pourrait très bien s'appliquer à l'objet de l'illustration clinique que nous avons choisi. Cette figure de l'automate proposée par Frédérique n'en arrive à produire sur moi un effet d'inquiétante étrangeté que lorsqu'elle se conjugue à l'idée d'un savoir

[80] Ibidem.
[81] FREUD, S. *L'inquiétante étrangeté*. Gallimard, Paris, 1985. p.246
[82] Schelling cité par Freud.
[83] FREUD, S. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF, 2005.
[84] Ibid p.24.
[85] Hoffmann, E.T.A Op cité p.167

partagé mais devant rester inconscient : l'existence et les termes du pacte. Cet effet étrangement familier se comprend également dans sa fonction de signal permettant de renforcer son refoulement. En résumé, l'étrange familier s'envisage dans notre cas comme le signal d'un possible échec du refoulement du pacte.

Je disais à propos de Frédérique que ce renvoi de la responsabilité de l'acte de maltraitance vers la figure du robot, de l'automate venait rappeler le motif du Double. Un autre effet de l'ordre de l'*Unheimlich* se produit chez moi en lien avec lui. Quelques jours après l'entretien avec Frédérique, j'eus un entretien avec Sylvie qui est aussi aide-soignante dans le même établissement et dont j'ai déjà parlé dans un précédent chapitre. Sylvie me parlait des liens que peut avoir le manque d'effectif sur l'apparition du phénomène de maltraitance par négligence. Au milieu de son discours, elle prononça ces mots : **« On est des robots** ». Immédiatement, cette question traduisit mon trouble : « **Des robots, qu'est-ce que vous voulez dire par là ?** ». Mais l'effet produit sur moi va encore s'amplifier par la réponse qu'elle me donna : « **Tu n'as pas de contact, tu n'as pas de communication. Tu fais tes gestes tous les jours. Tu prends pas le temps de dire : « On vous enlève le tee-shirt, on vous enlève le pantalon ». C'est plutôt : « Bonjour ! La toilette ! Allez hop sur le fauteuil, au salon ! Au suivant ! » Tu fais tes gestes automatiques »**. L'effet de de déjà-entendu ne manqua pas de se produire et à juste titre par la remémoration de l'entretien avec Frédérique. La signification que je décèle à cet instant se comprend aisément dans notre réflexion sur le pacte : Il s'agit donc d'images et de figurations maintenues en commun et dérivant de ce pacte inconscient.

L'étude d'Otto Rank sur le Double peut sûrement nous éclairer sur les enjeux de la construction de cette figure, de sa diffusion dans la communauté et de son maintien. Rappelons d'abord les définitions des termes employés par Frédérique et Sylvie : le mot robot vient du tchèque *robota* et signifie *travail forcé.* Dans les œuvres de science-fiction, ce mot est employé pour désigner une « machine, automate à l'aspect humain capable d'agir et de parler comme un être humain »[86]. Dans un sens métaphorique, il indique une personne qui agit de

[86] Terme employé pour la première fois en 1920 par l'écrivain Karel Tchapek (1890-1938) dans sa pièce R.U.R.

manière automatique, conditionnée. Dans ce même sens et de manière synonymique un automate est « une personne qui agit mécaniquement, soit d'une manière inconsciente, soit sous l'impulsion d'une volonté extérieure »[87]. Le processus automatique concerne un acte exécuté « sans la participation de la volonté ou de l'intelligence »[88]. L'adjectif latin *automatus* désigne ce qui agit de son propre mouvement.

Otto Rank ouvre son étude en présentant « L'histoire du reflet perdu », un des contes fantastiques d'E.T.A Hoffmann, dont voici le résumé de la première partie.

Le personnage principal est Erasme Spikher. Lors d'un voyage en Italie sans sa femme et ses enfants, il fait la rencontre d'une femme nommée Giulietta dont il tombe éperdument amoureux, jusqu'à en oublier épouse et enfants.

Un jour, après la provocation d'un rival amoureux, il le tua et du par conséquent quitter l'Italie. Comme souvenir de lui Giulietta lui demanda de lui offrir son reflet. Voici un extrait de ce passage :

« Des larmes brûlantes jaillirent à flots des beaux yeux noirs de Giulieta. Alors Erasme, dans le paroxysme d'un désespoir d'amour délirant s'écria : « Faut-il donc que je te quitte ? S'il faut que je parte, que mon reflet reste en ta possession à jamais pour l'éternité ; qu'aucune puissance, le diable lui-même, ne puisse te l'arracher, jusqu'à ce que ma personne elle-même t'appartienne toute entière et sans partage ! » - A peine eut-il prononcé cette imprécation, que Giulieta couvrit ses lèvres de baisers âcres et brûlants ; puis elle se retourna et étendit avec ivresse les bras vers le miroir…Erasme vit son image avancer indépendante des mouvements de son corps, il la vit glisser entre les bras de Giulieta, et disparaître avec elle au milieu d'une vapeur singulière »[89]. Erasme venait donc de perdre son reflet. Nous nous arrêterons à cette première partie du conte dont le thème nous intéresse particulièrement et que Rank développe par l'analogie avec un « Moi devenu indépendant »[90]. La similitude est également

[87] Dictionnaire Le trésor, édition électronique.
[88] Ibid.
[89] HOFFMANN, E.T.A. *L'histoire du reflet perdu* in *Contes fantastiques complets*. Paris, Flammarion, 1964

[90] RANK, O. *Don Juan et le Double*. Paris, Payot, 2001. p.17.

frappante avec cette image que projette Frédérique : « On est des robots ». Elle introduit cette notion d'indépendance et signe le clivage dont nous parlions.

Cette métaphore du Double vient opérer comme une substitution, un transfert de la responsabilité de l'acte de maltraitance sur cette figure. Le Double se propose ici comme une figure témoin d'un démenti. « On est des robots » sous entend donc « je ne suis pas responsable de la maltraitance des personnes âgées car ce n'est pas moi qui agit ». La création du Double se comprend donc en accord avec Freud comme « un effort défensif qui le projette en dehors du Moi comme quelque chose d'étranger »[91]. Il se présente comme étranger au Moi, il échappe à son contrôle. Cette construction révèle donc la scission où toujours selon Freud coexistent deux courants psychiques opposés. Un courant reconnaissant la réalité et l'autre lui infligeant un démenti. Dans notre cas, le courant déniant la réalité de la maltraitance se profile dans l'imaginaire du Double. Par ailleurs, l'effet de répétition que nous avons examiné à travers les entretiens avec Frédérique et Sylvie révèle outre leur participation commune au pacte de désaveu, sa diffusion de manière intrasystémique. La construction de la figure du Double se trouve donc jouer un rôle dans le maintien d'un déni collectif. Elle peut donc se comprendre comme une formation mixte (Kaës) en tant que représentation jouissant d'un investissement collectif et en tant que processus défensif groupal.

La richesse du travail de Rank l'amène à théoriser les relations qu'entretiennent la création du Double et la mort : « …le Double a également évolué d'un ange gardien à un ange de mort. Cette évolution serait donc un reflet de la notion que l'âme est identique au Moi et meurt en conséquence en même temps que lui, notion arrêtée et enfin réfutée par la croyance à l'âme considérée comme un Double du Moi »[92]. Il est donc question d'une menace de disparition pesant sur le Moi. Rank ajoute : « Il apparaît donc avec évidence que c'est le narcissisme primitif, se sentant particulièrement menacé par la destruction inévitable du Moi, qui a crée comme toute première représentation de l'âme une image aussi exacte que possible du Moi corporel, c'est-à-dire un véritable Double pour donner ainsi *un démenti à la mort par le dédoublement du Moi sous forme d'ombre ou de*

[91] FREUD, S Op.cité p.238
[92] RANK, O Op. cité p.112.

reflet »[93]. L'auteur peut donc conclure : « Ainsi donc la croyance primitive en l'âme n'est au début rien d'autre qu'une sorte de croyance à l'immortalité, qui donne à la puissance de la mort un démenti énergique »[94]. Ceci s'ajoutant à nos développements précédents, nous maintenons toujours notre hypothèse selon laquelle cette construction se range parmi les processus défensifs du Moi mais il nous est maintenant possible d'établir une précision quand à son objet. Dans les études de Rank, le démenti porte sur la mort. Ici nous pouvons avancer que la construction du Double apporte un démenti à la réalité des actes de maltraitance par négligence.

A propos de l'inquiétante étrangeté provoqué par le motif du Double, Freud nous indique une possible condition : «…d'assurance de survie qu'il était, il devient l'inquiétant [unheimlich] avant-coureur de la mort ». Quand à nous, l'on peut avancer que de protection contre l'attribution de la responsabilité de l'acte de maltraitance, la figure du Double devient, dans l'entretien cité, un signe de l'existence de ce pacte de désaveu et des dérives qu'il suscite.

[93] Ibidem.
[94]

6. D'un possible rapport entre le Double et l'objet-fétiche

Rosolato, dans un article de 1965, avance ceci : « Le Double doit être rapproché de cette scission du Moi pervers »[95]. Il introduit plus loin l'idée d'un *fantasme du Double* sans toutefois donner de véritables précisions.
Essayons d'examiner quels peuvent être ces rapports. Pour ce faire, nous prendrons comme texte de référence l' « étude des perversions sexuelles à partir du fétichisme » du même auteur. Par ailleurs, nous avions mis en évidence, en nous appuyant sur les conceptions de Rank, que la construction du Double venait apporter un démenti à la réalité des actes de maltraitance par négligence. Et l'étude du texte de Freud sur le fétichisme nous a montré que la construction de ce dernier est le signe d'un démenti porté à la réalité de la castration. Le passage suivant en témoigne en soulignant que si pour le fétichiste la femme conserve l'attribut viril, c'est au prix de la création du fétiche, en somme d'un processus de substitution causé par l'*horreur* de la castration.

« On voit maintenant ce que le fétiche accomplit et ce par quoi il est maintenu. Il demeure le signe d'un triomphe sur la menace de castration et une protection contre cette menace »[96].

J'avance donc que la *verleugnung* est l'opérateur commun dans ces deux types de constructions. Notre propos, au-delà de l'analogie dégagée, est de mettre en évidence la spécificité de cette construction et d'en faire ressortir les enjeux concernant la maltraitance et ses phénomènes.
Pour Rosolato, le Double est une image « figurée du Moi »[97] et plus spécifiquement une figuration de la scission du Moi. Parallèlement, cette scission

[95] ROSOLATO, G. *Difficultés à surmonter pour esthétique psychanalytique* in *Essais sur le symbolique*. Paris, Gallimard, 1969.
[96] FREUD, S. *Le fétichisme* in *La vie sexuelle*. Paris, PUF, 1969. p.135
[97] ROSOLATO, G. Op cité. p. 128.

du Moi, cette coupure se trouve « transposée et imagée, visualisée, et « objectivée », avec le fétiche »[98].

Cette fonction de figuration se révèle donc commune à la construction du Double et à celle de l'objet-fétiche. Ainsi, il est nécessaire de s'interroger sur les procédés utilisés dans le procès de figuration, ce qui nous met sur la voie des tropes majeures que sont la métaphore et la métonymie. Ce qui permettra de tenter d'éclairer les rapports de substitution et de contiguïté existants dans lien entre le soignant et la figure du Double.

6.1 Métaphore et métonymie.

Débutons par présenter ces différentes tropes, maintes fois retravaillées par Lacan et d'autres psychanalystes post-freudiens. A tel point qu'elles se trouvent aujourd'hui rattacher à l'histoire des concepts analytiques.

6.1.1 L'origine freudienne : déplacement et condensation

Dans la science des rêves notamment, Freud parlait de condensation et de déplacement. Par condensation, il voulait rendre l'idée de la brièveté d'un récit de rêve en comparaison de l'opulence des pensées latentes de ce dernier lorsqu'elles se révèlent à l'analyse : « Le rêve est bref, pauvre, laconique, comparé à l'ampleur et à la richesse des pensées du rêve »[99]. Freud dégage trois procédés majeurs au service de la condensation :

« **1**° Certains éléments latents sont tout simplement éliminés ; **2**° Le rêve manifeste ne reçoit que des fragments de certains ensembles du rêve latent ; **3**° Des éléments latents ayant des traits communs se trouvent fondus ensemble dans le rêve manifeste »[100].

[98] ROSOLATO, G. *Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme* in *Le désir et la perversion*. Paris, Seuil, 1967.
[99] FREUD, S. *L'interprétation des rêves*. Paris, Gallimard, 1967. p.242
[100] FREUD, S. *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1989. p.156

Cette concision du récit manifeste du rêve s'explique par l'œuvre de différentes omissions que Freud mettra en lien avec le travail de la censure. Le troisième procédé prend tout son sens avec l'exemple des personnes composites : « Une seule des personnes qui forment un ensemble est représentée dans le contenu du rêve, les autres paraissent dans le rêve réprimées par elle. Cette « personne de couverture » apparaît dans toutes les relations et situations des personnes qu'elle recouvre autant que dans les siennes propres. Quand il y a personnalité composite, on trouve dans l'image du rêve des traits particuliers à chaque personne mais qui ne sont pas communs à toutes, si bien que c'est l'union de ces divers traits qui forme une unité nouvelle, une personnalité mélangée ».[101]
L'expression « *image du rêve* », témoigne d'une caractéristique fondamentale de l'élaboration du rêve, à savoir la suprématie du visuel. Cette précédente s'expliquant par l'état de régression dans lequel est plongé le rêveur. Ainsi, chaque reste diurne, chaque pensée du rêve devra passer par ce que Freud appelle la prise en considération de la figurabilité :

« Les pensées du rêve doivent donc tout d'abord recevoir une accommodation qui les rende utilisables pour ce mode de figuration. Imaginons, par exemple, qu'on nous demande de remplacer les phrases d'un éditorial politique ou d'une plaidoirie devant un tribunal par une série de dessins ; nous comprendrons alors sans peine les modifications auxquelles le travail du rêve est contraint pour tenir compte de la figurabilité dans le contenu du rêve »[102].

Il nous reste maintenant à évoquer la question du déplacement. Précisons tout d'abord que nous avons choisi l'exemple du rêve pour illustrer ces mécanismes mais qu'il se retrouve en part égale dans les autres formations de l'inconscient.
Après analyse, Freud se rendit compte que l'accessoire, le détail, l'inutile ou en un mot le secondaire était fortement investi au détriment des pensées ou éléments majeurs du rêve. Un des propres rêves de Freud met en évidence ce mécanisme, dont je retranscris le récit :

[101] FREUD, S. *L'interprétation des rêves*. Op cité. p.276
[102] FREUD, S. *Sur le rêve*. Paris, Gallimard, 1988. p.92

« En société, table ou table d'hôte…On mange des épinards…Madame E.L. est assise à côté de moi, se tourne entièrement vers moi et pose familièrement la main sur mon genou. J'éloigne la main dans un mouvement de défense. Alors elle dit : vous avez toujours eu de si beaux yeux…Je vois alors vaguement quelque chose comme le dessin de deux yeux ou le contour d'une paire de lunettes… »[103].

Freud en livre l'analyse suivante : le contenu manifeste, centré sur une femme lui faisant des avances, fait apparaître un déplacement révélé lors de l'examen des pensées du rêve qui cette fois se trouvent axées autour du désir d'être l'objet d'un amour désintéressé ; un amour qui *ne coûte rien* ; idée que dissimule l'expression « les beaux yeux » dans le récit manifeste.
La centration peut donc être différente, ce qui préoccupe la psyché au plus haut point peut se révéler sans importance, être traité comme un détail par l'intermédiaire de ce processus. La valeur, sous l'effet des lois du processus primaire, est donc soumise à un destin différent de celui dont elle dispose lors de la veille. Freud apporte des éléments de définition :

« On est ainsi conduit à penser que, dans le travail du rêve, se manifeste un pouvoir psychique qui, d'une part, dépouille des éléments de haute valeur psychique de leur intensité, et, d'autre part, grâce à la surdétermination donne une valeur plus grande à des éléments de moindre importance, de sorte que ceux-ci peuvent pénétrer dans le rêve…»[104].

Freud fait donc état à-propos des intensités psychiques de certains éléments du rêve de processus de transfert et de déplacement de celles-ci lors la formation du rêve, dans le sens d'une représentation à une autre. Freud note le caractère essentiel de ce processus pour la construction du rêve. Caractère qui n'a pas échappé à Lacan dont les hypothèses, transposant les théorisations freudiennes dans le champ du langage sont à développer.

[103] Ibid p.52
[104] FREUD, S. *L'interprétation des rêves.* Op cité p.266

6.1.2 L'élaboration lacanienne

Lacan, reprenant les idées du linguiste Roman Jakobson, va donner à la métaphore et à la métonymie un emploi analytique. Tropes qu'il fait respectivement correspondre à la condensation et au déplacement.

6.1.2.1 La métaphore[105]

A l'égal de la métonymie, elle se range parmi les figures de rhétorique. La métaphore est traditionnellement considérée en rhétorique comme une figure se fondant sur une comparaison. Quintilien[106], dans son *institution oratoire*, voit dans la métaphore une similitude abrégée. Cette similitude « offre une comparaison avec ce que l'on peut exprimer » alors que la métaphore « est énoncée au lieu de la chose elle-même »[107]. Cette définition se trouve reprise dans le dictionnaire de l'académie française, pour sa huitième édition : « Comparaison abrégée, par laquelle on transporte un mot du sens propre au sens figuré ». Un exemple est également proposé : « C'est par métaphore qu'on dit d'un homme courageux : c'est un lion »[108]. La comparaison reviendrait plutôt à dire : « il est courageux comme un lion ».

Fontanier, en 1977, classe la métaphore parmi les tropes par ressemblance. Pour cet auteur, ces dernières « consistent à présenter une idée sous le signe d'une autre idée plus frappante ou plus connue, qui, d'ailleurs, ne tient à la première par aucun lien que celui d'une certaine conformité ou analogie »[109].

Lacan, quand à lui, ne semble pas partager ce consensus plaçant en position centrale l'analogie, la similitude. Dans son fameux *Discours de Rome* de 1953, il affirme une position autrement centrée : « L'analogie n'est pas la métaphore, et le recours qu'y ont trouvé les philosophes de la nature, exige le génie d'un Goethe

[105] Du grec ancien *metaphora* : transport.
[106] Quintilien fut un rhéteur latin du 1er siècle ap-JC.
[107] QUINTILIEN. *Institution oratoire*. Paris, Société d'édition des Belles Lettres, 1980. VIII, 6, 16.
[108] ACADEMIE FRANCAISE (coll). *Dictionnaire de l'académie française, huitième édition*. Paris, Hachette, 1932.
[109] FONTANIER, P. *Les figures du discours*. Paris, Flammarion, 1977. p.99

dont l'exemple même n'est pas encourageant. Aucun ne répugne plus à l'esprit de notre discipline, et c'est en s'en éloignant expressément que Freud a ouvert la voie propre à l'interprétation des rêves, et avec elle à la notion du symbolisme analytique. Cette notion, nous le disons, va strictement à l'encontre de la pensée analogique dont une tradition douteuse fait que certains, même parmi nous, la tiennent encore pour solidaire »[110].

Dans le séminaire de 1955-56, il propose à partir d'un vers de Victor Hugo cité en guise d'exemple[111], sa propre conception de la métaphore. Le vers en question, tiré du troisième quatrain du poème, est le suivant :

« **Sa gerbe n'était point avare ni haineuse** »

Lacan en donne ce commentaire : « Voilà une métaphore. Ce n'est certainement pas une comparaison latente, ce n'est pas – de même que la gerbe s'éparpillait volontairement entre les nécessiteux, de même notre personnage n'était point avare, ni haineux. Il n'y a pas comparaison mais identification »[112]. La gerbe, en tant que sujet des deux adjectifs métaphoriques, représente donc Booz par le moyen d'une identification. Le rapport de similarité se résume, pour Lacan, dans l'expression de Jean Tardieu « un mot pour un autre ». La métaphore opère une substitution, un terme vient prendre la place d'un autre terme. Ainsi, Lacan reprend la conception jakobsonienne de la similarité qui est cette fois positionnelle.

En 1957, dans *L'instance de la lettre dans l'inconscient*, Lacan fait allusion aux courants qui lui ont permis d'avancer dans sa conceptualisation de la métaphore. Après Jakobson, il cite cette fois le mouvement surréaliste qui, selon lui, a démontré que « toute conjonction de deux signifiants serait équivalente pour constituer une métaphore[113] ». L'exemple donné par Pierre Reverdy, poète inspirateur du mouvement surréaliste, est le plus frappant. L'extrait en question est ici tiré d'un poème s'intitulant HORIZON :

[110] LACAN, J. *Ecrits*. Paris, Seuil, 1966. p.261
[111] Vers tiré de *Booz endormi*. Poème constituant le deuxième chapitre de *La légende des siècles*. La parution de la première série du recueil date de 1859.
[112] LACAN, J. *Séminaire III, Les Psychoses*. Paris, Seuil, 1981. p.247
[113] LACAN, J. *Ecrits*. Op cité p.503

Le rêve est un jambon
Lourd
Qui pend au plafond.[114]

La définition de Lacan s'inscrit donc en contrepoint d'une tradition considérant la ressemblance comme caractéristique de la métaphore :

« L'étincelle créatrice de la métaphore ne jaillit pas de la mise en présence de deux images, c'est-à-dire de deux signifiants également actualisés. Elle jaillit entre deux signifiants dont l'un s'est substitué à l'autre en prenant sa place dans la chaîne signifiante, le signifiant occulté restant présent de sa connexion (métonymique) au reste de la chaîne.
Un mot pour un autre, tel est la formule de la métaphore, et si vous êtes poète, vous produirez, à vous en faire jeu, un jet continu, voire un tissu éblouissant de métaphore »[115] .

Ces développements lui permettent de revenir sur l'exemple tiré de *Booz endormi* : « Si *sa gerbe* renvoie à Booz, comme c'est le cas pourtant, c'est de se substituer à lui dans la chaîne signifiante, à la place même qui l'attendrait… […]…Mais une fois que sa gerbe a ainsi usurpé sa place, Booz ne saurait y revenir »[116]. Pour Lacan, l'effet métaphorique se produit donc dans un entre-deux : entre le nom *Booz* et celui qui vient le remplacer.
Toujours dans cet exposé oral, Lacan profite pour expliquer la structure de la métaphore qu'il formalise comme suit :

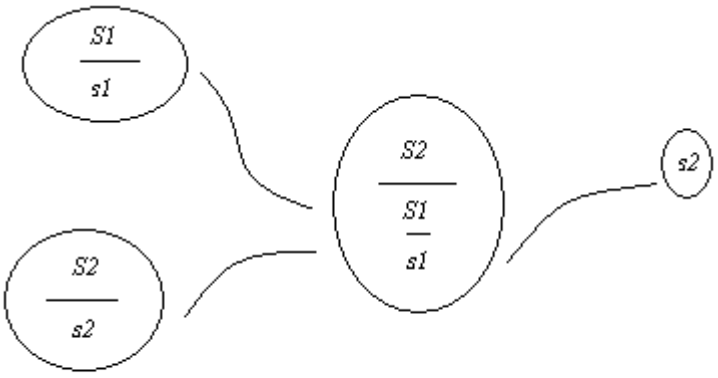
$$f\left(\frac{S'}{S}\right) S \cong S(+)s$$

« C'est dans la substitution du signifiant au signifiant, dit-il, que se produit un effet de signification qui est de poésie ou de création, autrement dit d'avènement de la

[114] REVERDY, P. *Plupart du temps 1915-1922*. Paris, Flammarion, 1989.
[115] LACAN, J. Op cité p.504
[116] Ibidem.

signification en question. Le signe + placé ( ) manifestant ici le franchissement de la barre **–** et la valeur constituante de ce franchissement pour l'émergence de la signification »[117].

Dans un souci de clarification, l'illustration que donne Joël Dor de cette formule semble à propos. Il choisit l'exemple de la métaphore de la peste pour désigner la psychanalyse. « Ils ne savent pas que nous leur apportons la peste », phrase que Freud lança à Jung lors du célèbre voyage en Amérique. Cette anecdote est rapportée par Lacan après sa rencontre avec Jung. Dor propose comme adaptation de la formule le schéma suivant : cf page suivante.



$\frac{S1}{s1}$ $\frac{\text{image acoustique "psychanalyse"}}{\text{concept de psychanalyse}}$

$\frac{S2}{s2}$ $\frac{\text{image acoustique "peste"}}{\text{concept de peste}}$

Il en livre une explication : « La substitution de S2 à S1 fait passer $\frac{S1}{s1}$ sous la barre de la signification. Tout se passe comme si le signe $\frac{S1}{s1}$ devenait le nouveau signifié de S2. De fait, c'est la signification qui résulte de l'association originaire de S1 à s1 qui fait office de signifié à l'issue de la construction

[117] Ibid p.512

métaphorique. En revanche, le signifié s2 (idée de la maladie) s'est retrouvé expulsé. Il faudra exécuter une opération mentale pour le retrouver »[118].

Après ces éclaircissements, revenons-en à *l'instance de la lettre* où Lacan va proposer d'établir un lien de correspondance entre la métaphore et le processus de condensation étudié par Freud. Voici ce qu'il asserte : « La *Verdichtung*, condensation, c'est la structure de surimposition des signifiants où prend son champ la métaphore, et dont le nom pour condenser en lui-même la *Dichtung* indique la connaturalité du mécanisme à la poésie, jusqu'au point où il enveloppe la fonction proprement traditionnelle de celle-ci »[119]. Ce laconisme du récit manifeste du rêve et donc la surdétermination de ces éléments seraient en lien avec le procès métaphorique, car un de ces éléments vient représenter plusieurs des pensées latentes du rêve. Le procédé semble être similaire : la substitution. Dans ce sens, Freud parle de remplacement : une pensée du rêve est remplacée par plus d'un élément d'un rêve »[120].

Il est temps de présenter un autre type de figure que Lacan étudia également : la métonymie.

6.1.2.2 La métonymie

Figure de rhétorique dont le Littré avance qu'elle consiste à mettre *un mot à la place d'un autre*, ce qui n'est pas sans faire écho à la conception lacanienne de la métaphore. Il est toutefois précisé que dans cette acception le terme de métonymie pourrait convenir à une majorité de figures de rhétorique. Une restriction d'usage est donc proposée et réservée à : « 1° La cause pour l'effet ; 2° l'effet pour la cause ; 3° le contenant pour le contenu ; 4° le nom du lieu où une chose se fait pour la chose elle-même ; 5° le signe pour la chose signifiée ; 6° le nom abstrait pour le concret ; 7° les parties du corps regardées comme le siège des sentiments ou des passions, pour ces passions et ces sentiments ; 8° le nom du maître de la maison pour la maison même ; 9°

[118] DOR, J. *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris, Denoël, 1985.
[119] LACAN J. *Ecrits*. Op cité p.508
[120] FREUD, S. *Sur le rêve*. Op cité p.81

l'antécédent pour le conséquent »[121], si toutefois il est permis de faire un tel usage du terme de restriction.

Le Littré se trouve rejoint par le dictionnaire de l'académie française où il est tenu compte de l'étymologie grecque du mot : *metônumia* à savoir « emploi d'un mot pour un autre ». La définition proposé par le dictionnaire Le trésor me paraît plus complète : « Figure d'expression par laquelle on désigne une entité conceptuelle au moyen d'un terme qui, en langue, en signifie une autre, celle-ci étant au départ associée à la première par un rapport de contiguïté »[122]. Cette définition a le mérite de mettre en valeur la caractéristique de la métonymie qui n'est autre que la contiguïté.

Cette dernière naît étymologiquement par emprunt au latin contiguu dérivé du verbe latin *contingere* signifiant toucher. La définition de la contiguïté se retrouve donc dans *ce qui touche a*. Ce terme sous-tend l'idée d'un voisinage, d'une proximité. Prenons un exemple tiré de la représentation théâtrale : « la salle était debout ». Le mot *salle* remplace un autre terme avec lequel il entretient une relation de voisinage sémantique : les spectateurs. Le rapport de contiguïté peut se trouver entre le contenant et le contenu, entre la partie et le tout, etc.

Le séminaire III donne également à Lacan l'occasion de présenter ce qu'il entend par métonymie : « Elle concerne la substitution à quelque chose qu'il s'agit de nommer – nous sommes en effet au niveau du nom. On nomme une chose par une autre qui en est le contenant, ou la partie, ou qui est en connexion avec »[123]. Lacan se rend compte que cette figure pourrait tout aussi bien se ranger dans la catégorie « un mot pour un autre » par la substitution qu'elle opère, mais il en permet la distinction en pointant qu'elle s'organise autour d'un rapport de connexion.

Sa conception de la métonymie, jusque là, se range en droite file de l'utilisation qui est faite classiquement en rhétorique. Il va même, dans *L'instance de la lettre et l'inconscient*, citer Quintilien. L'exemple choisi est « trente voiles » pour lequel il note : « La partie prise pour le tout, nous disions-nous en effet, si la chose est à prendre au réel, ne nous laisse guère d'idée de ce qu'il faut entendre de

[121] LITTRE, E. *Dictionnaire le Littré*. Op cité.
[122] QUEMADA, B. *Trésor de la langue française informatisé.* Paris, CNRS, 2004.
[123] LACAN, J. *Séminaire III, Les psychoses*. Op. cité p.250

l'importance de la flotte que ces trente voiles pourtant sont censées évaluer : qu'un navire n'ait qu'une voile est en effet le cas le moins commun. A quoi se voit que la connexion du navire et de la voile n'est pas ailleurs que dans le signifiant, et que c'est dans le *mot à mot* de cette connexion que s'appuie la métonymie »[124]. C'est donc le signifiant que nous pourrions noter S2 qui se trouve lié par contiguïté à un autre signifiant S1.

Toujours dans un souci de clarté, nous reproduisons ci-après le schéma proposé par Joël Dor qui choisit l'exemple métonymique du divan pour représenter la psychanalyse :

$$\frac{S1}{s1} \qquad \frac{\text{image acoustique : "analyse"}}{\text{idée d'être en analyse}}$$

$$\frac{S2}{s2} \qquad \frac{\text{image acoustique : "divan"}}{\text{idée de divan}}$$

Lorsqu'on introduit la figure métonymique, on réalise une substitution signifiante consistant à substituer S2 à S1.

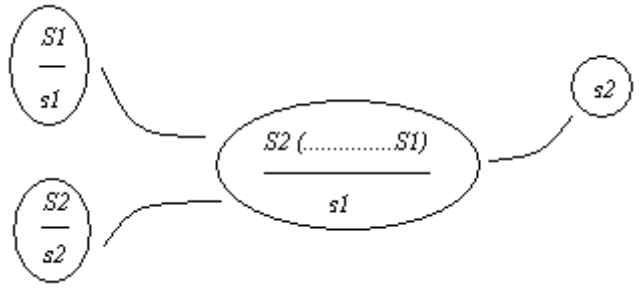


Schéma traduisant la formule proposée par Lacan dans ses *Ecrits* :

[124] LACAN, J. *Ecrits*. Op. cité p.502-503

$$f(S \ldots S')S \cong S(-)_S$$ [125]

Le signifiant S1, à la différence du procès métaphorique, n'est pas renvoyé sous la barre de la signification, et là se situe sa caractéristique. La réussite de l'opération métonymique réside dans le maintien des deux signifiants dans un rapport de contiguïté.

A propos du non-sens produit par la métonymie, Dor fait justement remarquer « qu'une opération de pensée est toujours nécessaire pour saisir le sens de l'opération métonymique en rétablissant les liens de connexion entre S et S' »[126].

Après avoir introduit la métonymie dans sa théorie du signifiant, Lacan reprend cette fois-ci le rapprochement proposé par Jakobson avec le concept freudien de déplacement : « La *Verschiebung* ou déplacement, c'est plus près du terme allemand ce virement de la signification que la métonymie démontre et qui, dés son apparition dans Freud, est présenté comme le moyen de l'inconscient le plus propre à déjouer la censure »[127]. Lacan la repère au niveau des processus primaires, c'est-à-dire des lois générales de fonctionnement de l'inconscient.

Ces deux rapprochements que nous avons examiné n'ont pas été sans soulever quelques réticences voire même une opposition radicale.

6.1.2.3 Divergences théoriques

Nous examinerons les critiques majeures adressées à Lacan sur la métaphore et la métonymie, à commencer par Jean Laplanche qui remet en question l'intérêt d'une telle formalisation : « Se hâter d'énoncer que le déplacement freudien ***c'est*** la métonymie, et la condensation la métaphore, c'est passer sous silence bien des précisions et des développements que nous devons aussi bien à Freud qu'aux linguistes, c'est sauter, pour le moins, bien des médiations[128]. Laplanche va jusqu'à remettre en question les choix de Lacan quand aux exemples de métaphores et de métonymies qu'il propose. Il évoque notamment celui tiré de *Booz endormi* d'Hugo : « Sa gerbe n'était point avare ni

[125] LACAN, J. *Ecrits*. Op.cité p.512
[126] DOR, J. Op.cité p.62
[127] LACAN, J. Op.cité p.508
[128] LAPLANCHE, J. *L'inconscient : une étude psychanalytique* in *VIème Colloque de Bonneval*. Paris, Desclée de Brouwer, 1996. p.95

haineuse » dont il fait le commentaire suivant : « Figure dont on peut aussi bien dire, et peut être à plus juste titre, qu'il s'agit d'une métonymie puisque Booz est remplacé par quelque chose qui est l'une de ses appartenances »[129]. En ce qui concerne le déplacement et la condensation, Laplanche propose quand à lui de s'en tenir à les caractériser respectivement par la contiguïté et l'analogie, sans recourir aux figures de la métaphore et de la métonymie.

Un autre auteur mérite d'être cité, Guy Rosolato, dont son étude sur le fétichisme nous servira ici de texte de référence, n'est pas sans avoir connu une certaine réticence aux propositions de Lacan. Dans *Trois aspects du symbolique*, il le souligne : « Un embarras certain se manifestait quand il s'agissait, pour nous, de leur faire correspondre la condensation et le déplacement »[130]. Il dit avoir trouvé confirmation dans le *Manuscrit M* du 25 mai 1897 que Freud rédige pour Fliess. Pourtant, Freud ne mentionne aucune de ces figures de style mais parle, à propos de la névrose obsessionnelle, d'un « déplacement par similarité conceptuelle »[131]. Pour Freud, qui suit la psychologie associationniste, les associations d'idées procèdent par similarité et contiguïté. Un passage de *Totem et Tabou* sur l'étude des phénomènes magiques en témoigne : « La similitude et la contiguïté sont les deux principes essentiels des processus d'association »[132]. Rosolato avance que faire correspondre métaphore et métonymie aux processus dont parle Freud serait une sorte de suite logique : « cette démarche suivait en fait celle de Freud qui avait pensé à un tel rapprochement selon les moyens de la psychologie associative (par contiguïté, par similarité)... »[133].

Par ailleurs, l'apport personnel de Rosolato se trouve dans le concept d'oscillation métaphoro-métonymique. Dans *Trois aspects du symbolique*, il rappelle que ces tropes ont en commun une opération de substitution signifiante et ainsi qu'un possible passage du sens au non-sens. Il considère pourtant ces deux procédés comme radicalement opposés dans leurs effets : « La métaphore, écrit-il, exerce une rupture dans un ensemble ordonné (la chaîne signifiante) et engage son articulation avec un autre ensemble (la chaîne parallèle ou inconsciente). La

[129] LAPLANCHE, J. *Problématiques I*. Paris, PUF, 1980. p.214
[130] ROSOLATO, G. *Essais sur le symbolique*. Paris, Gallimard, 1964. p.347
[131] FREUD, S. *La naissance de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1956. p.179-182
[132] FREUD, S. *Totem et tabou*. Paris, Payot, 1966. p.98
[133] ROSOLATO, G. Op.cité p.347

métonymie assure une transformation dans un ensemble par l'élision de certains de ses éléments ; elle maintient la cohésion de cette nouvelle organisation contre l'insertion en elle d'éléments d'un autre ensemble (chaîne inconsciente) »[134].
Le terme d'oscillation conserve cette idée d'opposition car il désigne un mouvement alternatif dans deux sens opposés.
Plus loin dans le texte, il précise l'organisation de ce mouvement : « Elle a cette particularité de pouvoir donner à l'un comme à chacun des éléments signifiants, une puissance de substitution, par un double, ou un autre sens, qui amène la rupture et l'articulation avec une autre chaîne, ceci étant l'effet métaphorique […] A l'inverse, l'effet métonymique incline à retrouver la « boucle » dont nous parlions à partir d'un élément marqué, donc à amorcer avec elle un développement, une variation… »[135]. Une synthèse est ensuite proposé : « L'oscillation métaphoro-métonymique donne donc lieu à un mouvement de rupture, de questionnement, de réarticulation, puis de reprise, de développement, de coordination »[136].
Nous verrons dans la suite de ce chapitre comment Rosolato articule cette oscillation à propos de l'objet-fétiche.

6.2. Les tropes et le Double

Sylvie comme Frédérique évoquaient l'image du robot, de l'automate, pour se représenter en tant que soignantes. La relation d'analogie est saillante. En effet, elles décrivent leur travail au sein de l'institution en soulignant un manque de personnel donc un manque de temps à consacrer à la personne âgée. Sylvie explique elle-même ce rapport d'analogie lorsque je lui demande ce qu'elle entend par le choix du terme « robot » :

- Sylvie : « Tu n'as pas de contact, tu n'as pas de communication. Tu fais tes gestes tous les jours. Tu prends pas le temps de dire : « On vous

[134] Ibid p.354.
[135] Ibidem.
[136] Ibidem.

enlève le tee-shirt, on vous enlève le pantalon ». Tu fais tes gestes automatiques. »

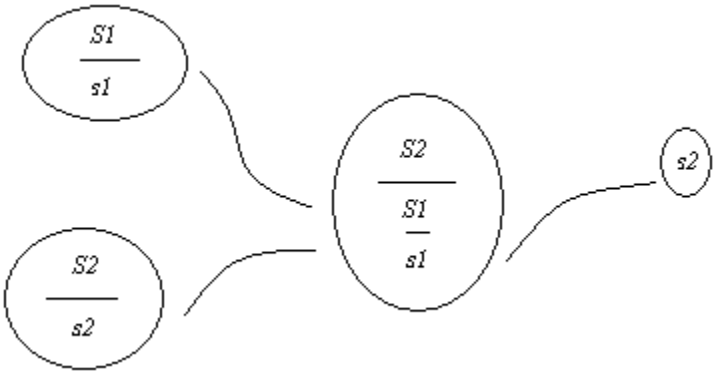
- Clinicien : « Que manque t-il dans cette relation selon vous ? »

- Sylvie : « La pensée et le temps… »

L'absence de sujet semble t-elle figurer par l'image du robot. L'acte est mis en avant dans son automatisme (gestes automatiques). L'acte de parole est également atteint. Il en devient machinal. L'on ne pense pas, on exécute. Selon Sylvie, le manque cruel de temps ne permet pas l'établissement d'une relation avec le résident. Sylvie manifeste donc une souffrance dans son travail. Toutefois, ne perdons pas de vue le double sens de cette construction qui témoigne de l'existence du pacte dénégatif.

La métaphore est ici évidente : les robots viennent se substituer aux soignants. La relation d'analogie en a été détaillée. On peut parler de métaphore *in praesentia* avec l'énoncé suivant : « On est des robots ». Cette métaphore a la particularité de réunir le comparé et le comparant dans le même énoncé. On aurait parlé de métaphore *in absentia* si le terme servant de comparé n'était pas mentionné. Ici le pronom sujet « on », par un procédé anaphorique[137], caractérise les soignants. Il est mis en relation syntaxique avec le comparant « robots » par l'intermédiaire de l'auxiliaire être.

Malgré cette particularité, cette métaphore peut se formaliser selon le schéma que nous avons vu :



[137] L'anaphore est un procédé grammatical consistant à rappeler un terme précédemment énoncé, et nommé antécédent. L'anaphore assure ainsi une reprise sémantique.

Dans notre cas correspondent :

$$\frac{S1}{s1} \qquad \frac{\text{image acoustique "soignants"}}{\text{concept de "soignants"}}$$

$$\frac{S2}{s2} \qquad \frac{\text{image acoustique "robots"}}{\text{concept de "robots"}}$$

Ici le signifié du signifiant métaphorique S2 devient donc par ce procès $\frac{S1}{s1}$, le signifié s2 se trouvant exclu par l'opération. Cette dernière permet donc la rencontre de deux champs sémantiques, appartenant respectivement aux termes de soignant et de robot. Mais le seul repérage d'une métaphore, aussi saillante qu'elle soit, ne suffit pas pour évoquer la construction d'un Double. Il faut pour cela distinguer également l'effet métonymique qui, lui, n'a rien de saillant au premier abord.

Prenons un exemple tiré de la littérature française avec les Fables de La fontaine. Ces dernières furent rédigées entre 1168 et 1694. La majorité de ces fables mettent en scène des animaux dotés de la parole et débouchent ou s'amorcent par une morale

La figuration de l'animal parlant n'est pas à comprendre dans une relation analogique mais à travers une contiguïté. Ainsi, un attribut du sujet humain, la parole, se trouve prêté à l'animal. Il en est de même dans notre exemple, où l'image du robot entretient une relation de contiguïté anthropomorphique avec le soignant. A la place d'un animal parlant, nous avons ici un robot-soignant. On peut désormais dire que cette substitution représente Sylvie puisqu'il est attribué au robot ses propres qualités et fonctions de soignante.

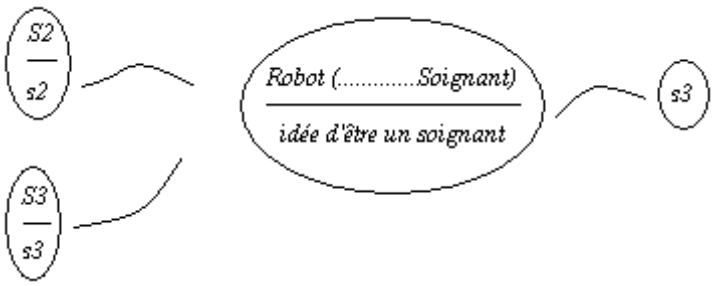
A travers cette perspective métonymique se dessine la figure du Double sur laquelle nous allons revenir.

Apportons d'abord quelques précisions quand à la métonymie. Dans notre cas, l'on peut poser :

$$\frac{S2}{s2} \qquad \frac{\text{signifiant "soignants"}}{\text{idée d'être un soignant}}$$

$$\frac{S3}{s3} \qquad \frac{\text{signifiant "robot"}}{\text{concept de robot}}$$

Le signifiant « soignant » se trouve ici en relation de contiguïté avec Sylvie puisqu'elle est représentée par sa fonction. A cette première métonymie s'en ajoute une seconde. S3 (robot) vient se substituer à S2 mais en gardant une relation de contiguïté avec ce dernier. La fonction de Sylvie est prêtée cette fois au robot. Ce qui donne le schéma suivant :



Cette double opération métonymique se finalise donc avec la figuration du robot-soignant.

Laplanche, dans son cours du 14 avril 1972, enseignait que « tout vrai symbole s'appuie sur un complexe de liaisons métaphorique et métonymique… »[138] La construction du Double en témoigne. Isoler le terme « robot » dans une opération métaphorique ou métonymique ne justifie nullement l'évocation du Double. Ce dernier se construit et se maintient à partir d'une oscillation des procès métaphoro-métonymique.

[138] LAPLANCHE, J. Op cité. p.214

6.2.1 Le double et l'objet-fétiche

Examinons la construction de ces procès dans l'objet-fétiche : « …partie, prolongement simple du corps maternel, trame de l'écran qui cache, feutrage du vêtement, ce courant métonymique est celui qui couvre et dissimule, qui écarte le sexuel »[139].

Dans notre exemple, la métonymie se déploie dans un double déplacement d'attribution permettant de *dissimuler* l'existence de la maltraitance ; *écarter* la responsabilité de l'acte ; *couvrir* la participation de Sylvie à cette maltraitance institutionnelle ; Courant métonymique qui se développe ici dans le sens d'un travestissement, d'un déplacement. Mais notons que ce procès représente par contiguïté Sylvie bien qu'avec cette double opération métonymique deux opérations mentales seront nécessaires pour la retrouver. Ce procès métonymique représente donc une facette de la construction du Double et lui permet, par l'entremise de cette construction au sein du transfert, d'éloigner le sentiment de culpabilité ; la responsabilité de l'acte se trouvant ainsi soustraite du soignant aux yeux de l'autre.

Le désaveu, que nous postulons comme opérateur commun aux constructions du Double et du fétiche, « retient ce qu'il écarte »[140]. Par conséquent, ce que nous avons vu écarter par le déplacement métonymique se trouve retenu par contiguïté, à savoir Sylvie et sa participation. Ainsi, une première figuration de la scission est représentée ici. Par sa tentative d'écarter la maltraitance, Sylvie en signe une reconnaissance. Cette tentative de travestissement préfigure l'insertion d'un « mais » que la métaphore va pleinement révéler, ajoutant ainsi le courant du déni à celui de la reconnaissance, tous deux inconciliables.

Par la métaphore, le *paradoxe du double* dont parle Clément Rosset apparaît clairement, « il serait à la fois le même et un autre »[141] dit-il. La substitution du terme « soignant » par le terme « robots » introduit la notion de l'autre. La formule précédente pourrait donc se compléter de la sorte : « Il s'agit de moi *mais* d'un Moi devenu indépendant ». La sémantique du robot et de l'automate comporte

[139] ROSOLATO, G. *Le fétichisme*. Op.cité. p.21
[140] Ibid p.15
[141] ROSSET, C. *Le réel et son double*. Paris, Gallimard, 1993. p.42

cette idée d'autonomisation. Par la figure du Double, cette dernière se traduit par l'idée d'une indépendance. Il nous semble donc reconnaître à nouveau à travers cette formule le célèbre « je sais bien mais quand même » (Mannoni, 1969), caractérisant la *Verleugnung*.

Tenons nous en ici à la métaphore ; relation d'analogie mais où Sylvie disparaît cette fois. Elle passe, par une opération de substitution, sous la barre de la signification. Le robot, après cette opération, en constitue une nouvelle nomination.

Cette métaphore, dans un second mouvement, vient achever la construction du Double. Après la liaison avec soi-même développée par la métonymie, la métaphore apporte cette fois les caractéristiques permettant de le considérer simultanément comme un autre. Le courant métaphorique œuvre à la construction de l'altérité du Double. Dans *Trois aspects du symbolique*, Rosolato écrit à propos de cette trope : « Elle a cette particularité de pouvoir donner à l'un comme à chacun des éléments signifiants, une puissance de substitution, par un double, ou un autre sens, qui amène la rupture et l'articulation avec une autre chaîne »[142]. *Un double ou un autre sens* donc ; dans la construction de l'objet-fétiche, ce dernier vient se substituer métaphoriquement au pénis maternel[143]. Dans notre clinique, le Double a cette fois la particularité de se substituer au sujet, Rosolato parle d' « étrange métaphore »[144].

Ce paradoxe entre soi-même et l'autre se comprend donc à travers le tissage des tropes, en des sens opposés et rythmés par une oscillation. Les sens opposés coexistent : « c'est moi / ce n'est pas moi ». Clivage témoignant de l'existence d'un désaveu préalable. L'oscillation des significations opposées aboutit à la figure du Double, le mécanisme du désaveu étant à l'origine de cette duplication.

Concernant le fétiche, Rosolato rappelle sa fondation sur des sens paradoxaux, « un équilibre de sens contradictoires »[145] pour le citer. Au cours de ce processus d'opposition « où le sens métonymique s'abolit pour donner cours au sens métaphorique, lui-même susceptible de retour au premier non-sens (ou peu de

[142] ROSOLATO, G. *Essais sur le symbolique.* Op. cité p.354
[143] ROSOLATO, G. *Le désir et la perversion*. Op. cité p.22. « Un saut, par delà toute coupure (et castration) donne accès à la métaphore du pénis maternel. »
[144] Ibid p.26
[145] Ibid p.23

sens) où se limite la métonymie, de cette sommation se dégage une différence qui s'annule : à partir d'elle émerge, en un instant d'éclat (ou de brillance), *le phallus* »[146]. Il ajoute quelques précisions : « …à l'occasion de ces oppositions, de ces oscillations, se produit la *phanérèse*[147] *phallique* : en atteignant un terme par une disqualification des significations qui s'affrontent et s'annulent »[148]. Du conflit résulterait concernant le sujet « un virage entraîné par cette faillite des raisons et de la logique des lois, de leurs conflits dynamiques et de leurs représentations »[149]. Dans notre occurrence, à quoi peut donc aboutir cette disqualification des significations véhiculées par le courant métonymique et la substitution métaphorique produisant un paradoxe entre soi-même et l'autre ? Que se passe t-il dans cette « zone de silence des représentations, de *manque*, au sommet, au sommet de l'équilibre métaphoro-métonymique » dont parle Rosolato ?

Du côté du fétichisme, la réponse serait l'apparition du phallus ainsi qu'une *neutralisation* de la raison et des lois. Nous avons parlé du Double dans notre exemple auquel s'ajoute ce même endiguement des raisons et des lois à travers ce paradoxe. Ce robot-soignant, à la fois soi-même et autre, agit grâce à ce processus dans un « entre-temps…où règne le silence de l'absence des lois, cet intervalle qui correspond précisément à l'entre-dire où tout cesse et tout s'arrête, y compris l'éternelle pulsion parlante parce qu'il n'est plus alors d'interdit »[150] L'acte de maltraitance subit un déplacement dans cette zone mutique de lois et de paroles. La temporalité de l'acte se modifie également. Ces processus œuvrant toujours dans le sens de démentir l'acte de maltraitance, ici par un jeu complexe d'annulation réciproque.

Le paradoxe permet ces effets de neutralisation et d'annulation. Si la raison, la logique sont hors-jeu, représentés ici par le paradoxe du Double, être à la fois soi-même et l'autre, la responsabilité du soignant se trouve par là même dégagée et, de plus, le recours à la loi devient inutile puisque l'acte de maltraitance se trouve dénier dans son existence même.

---

[146] Ibidem.
[147] A comprendre ici comme un processus de mise au jour.
[148] Ibid.23
[149] Ibidem.
[150] Maurice Blanchot cité par Guy Rosolato. Op.cité p.31

Le paradoxe est ici antinomique. Concernant ce dernier, Rosolato avance à propos du chrétien qui voit dans la chute un effet rédempteur, qu'il permet de ne plus se tenir pour soumis à la loi. « Enfreindre (cette dernière), dit-il, s'adonner volontairement à la chute, devient un moyen personnel pour ne point faire violence à ce qui doit avoir lieu, et suivre ainsi la voie »[151]

Le Double est par conséquent un assemblage ayant un effet similaire. L'acte de maltraitance par négligence, par les multiples déplacements et transformations dont il est l'objet se trouve dans un *topos* différent, situé hors du cadre légal. Il n'en tombe plus sous le coup de la loi ; il se dégage d'une sentence possible.

Par ailleurs, nous avons vu que le phallus apparaissait au ***sommet de l'équilibre métaphoro-métonymique*** par le truchement d'une ***différence qui s'annule***. A ce terme, cette « unité postulée par la scission, et qui concerne le sujet lui-même, se met en perspective comme narcissisme »[152]. Précisément : « Le fétichiste (et le pervers) dispose de ce plain-pied avec la puissance narcissique, celle qui donne le moyen de s'aimer soi-même : à ce titre il trouve dans sa perversion, tout en étant par là tributaire, obligé de s'y retremper à chaque fois, cette « érection » narcissique qui le soutient »[153] Il conclu à ce propos : « cette accession du *pénis* (anatomique, maternel, du temps métaphorique) au *phallus* unitaire (lieu du désir sans contingence) constitue l'issue terminale »[154].

La perspective narcissique n'est pas sans rapport avec l'objet de notre étude car, on l'a vu, le Double comme le fétiche témoigne de l'existence d'une scission du Moi ou dans notre étude une scission au sein de la réalité institutionnelle du soignant. Ce postulat unitaire qui en découle peut donc s'envisager ainsi. Il faut pour cela supposer une dimension différente. Jusque là ce processus se comprenait uniquement comme étant au service d'un désaveu et d'un dégagement du sujet concernant la responsabilité de l'acte. Postuler une autre dimension permettrait d'en repérer les bénéfices, les enjeux narcissiques.

[151] Ibid p.29
[152] Ibid p.23
[153] Ibidem.
[154] Ibidem.

6.2.2 Les enjeux narcissiques

Comme corrélat du désaveu de la maltraitance apparaît une image idéalisée du soignant. Le processus de construction du Double en permet le maintien et la conservation, et en offre les conditions de réapparition.
Frédérique, lors de l'entretien précédemment cité, met en lumière ce dégagement :

« Ici je trouve que les résidents sont bien pris en charge et la tranquillité, la quiétude ça t'installe dans un système...enfin il faut respecter un certain cycle de vie. Ils ont quand même tous presque 100 ans, je trouve qu'on se débrouille pas mal quand même ».

Le concept de contrat narcissique dans ses liens inhérent avec le pacte dénégatif peut nous aider à comprendre comment la réalité institutionnelle peut produire, renvoyer et maintenir une image idéalisée telle que Frédérique la présente. Le contrat narcissique, que Kaës emprunte à Piera Aulagnier, peut nous aider à comprendre. Kaës parle d'une « conjonction constante »[155] entre le pacte dénégatif et le contrat narcissique. Kaës en donne la définition suivante :

« Le concept de contrat narcissique […] rend compte, sous cet aspect, des rapports corrélatifs de l'individu et de l'ensemble social : chaque nouveau venu doit investir l'ensemble comme porteur de la continuité et réciproquement, à cette condition, l'ensemble soutient une place pour l'élément nouveau. Tels sont, schématiquement, les termes du contrat narcissique : il exige que chaque sujet singulier prenne une certaine place offerte par le groupe et signifiée par l'ensemble des voix… »[156].

En s'appuyant sur les développements freudiens, Kaës tient à mettre en évidence un double statut du narcissisme du sujet de l'institution :

[155] KAES, R. *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris, Dunod, 2004
[156] KAES, R. *L'institution et les institutions*. Paris, Dunod, 1987. p.29

« en tant qu'il poursuit sa propre fin et en tant qu'il est membre d'une chaîne à laquelle il est assujetti sans l'intervention de sa volonté »[157].

En ce double sens, pour Frédérique et Sylvie, l'investissement groupal est indissociablement lié au pacte de désaveu et la revalorisation narcissique leur est rendue par l'intermédiaire de ce dernier. Le contrat narcissique ne se trouve honoré qu'au prix d'un désaveu. Nous l'avons observé, les images idéalisées du soignant n'ont pu apparaître qu'après un processus complexe de désaveu, une scission de la réalité institutionnelle corrélative et la construction d'un Double.
A propos du pervers, Rosolato présente les choses de cette manière : « Sensible au Bien comme au Mal, en ayant toujours le partage en vue, il franchit la Loi pour obtenir sa rénovation narcissique (sa rédemption, dirait-on) malgré tout grâce au sexe, et sa perdition, par l'affaissement et la fin de l'orgasme »[158]. Ici le pacte dénégatif prescrit la maltraitance. Il demande donc, pour droits d'entrée et de participation, une transgression de la loi. Celle-ci, dans ce contexte institutionnel, est indispensable pour obtenir cette rétribution narcissique que décrit Rosolato. Un mouvement de préservation, de mise à l'abri de cette image idéalisée est en jeu. Dans la perversion, il s'agit de « préserver une puissance sur laquelle nulle faille […] ne puisse avoir de prise. Cette image superpaternelle, de narcissisme dit « phallique » ne peut subir aucune atteinte »[159]. L'intégralité du processus qui nous préoccupe vise donc la conservation de ces images. Avec toute la sémantique que le verbe conserver possède : maintenir hors de toute atteinte destructive, s'efforcer de faire durer, de garder en bon état ou dans le même état. Donner un abri en somme.
Il est temps d'examiner ces questions de narcissisme et de rapport à la loi dans cette configuration institutionnelle complexe.

[157] Ibidem.
[158] ROSOLATO, G. Op.cité p.30
[159] Ibid p.27

7. De désaveu.

Le processus que nous tentons de décrire possède la caractéristique de ne pas être patent. Nous essaierons, malgré cela, d'en rendre la complexité.

L'exemple du message hiérarchique : « Tu es trop perfectionniste », dans lequel nous avons dégagé une prescription : « Sois moins perfectionniste » donc « Continues comme ça », et un impératif lié à une demande : « Sois maltraitante ! » - « Maltraites ! », en est un parfait exemple.

Il mérite d'ailleurs une deuxième lecture visant une complémentation. Ainsi, nous avions mis en évidence le désaveu de la parole de Sylvie par sa supérieure hiérarchique ; puis la reprise de ce désaveu par Sylvie. Désaveu s'appliquant au résident cette fois.

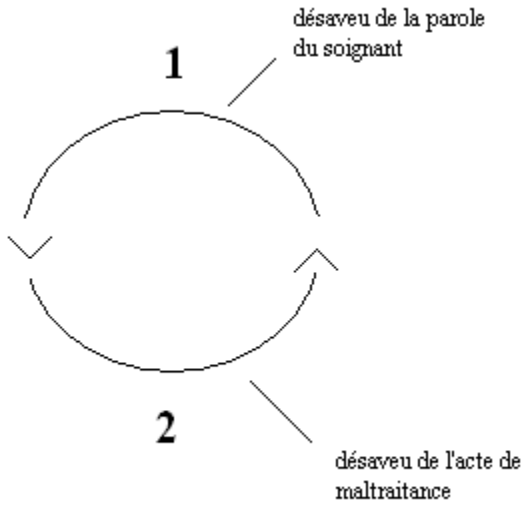
Pour revenir à cette notion de complexité, il est difficile de présenter ici les choses de manière unilatérale. Parler seulement de l'existence d'un désaveu est nécessaire mais ne rend pas compte de la différenciation de ses aspects. En effet, dans cet exemple nous n'avons pas un mais deux désaveux : en venant faire état de sa souffrance au travail, Sylvie voit sa parole désavouée par la hiérarchie ; et, simultanément, l'objet même de la dénonciation de Sylvie se trouve désavouer, à savoir la maltraitance.

7.1. Un double désaveu

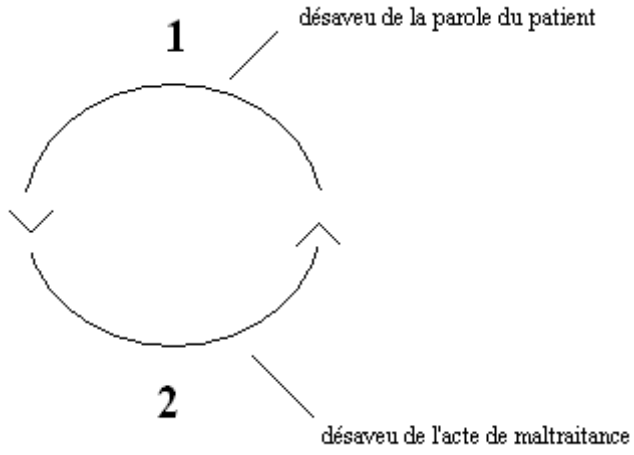
L'énoncé rapporté plus haut possède donc une structure en double désaveu : un désaveu de la parole du sujet et un désaveu de l'acte de maltraitance, dans son existence même.

Schématiquement, du côté de la hiérarchie :

(cf figure 1 page suivante)



Cette même structure, nous l'avons mis en évidence, se retrouve du côté de Sylvie :



Plusieurs modalités sont à repérer dans ce passage, cette reprise :

- La transmission d'un ensemble de coordonnées structurales incluant l'utilisation d'un opérateur commun.

- La structure paradoxale du message révélant le clivage entre énoncé et énonciation.

- D'une autorisation et d'une prescription : respectivement à désavouer et à maltraiter.

En résumé, ces modalités représentent le processus d'introduction dans le pacte dénégatif. Il s'en déduit, à travers son orientation, la liaison particulière que ce dernier va désormais entretenir avec le contrat narcissique.

7.1.1 Origines du concept

Ce concept de double désaveu n'est pas original. Il peut être rattaché à un passé théorique. D'abord en tant que théorisation vers la fin de l'œuvre freudienne. C'est Henri Rey-Flaud qui développa par la suite une variante de cette formulation, sur la base d'une déduction centrée sur la logique de certains textes freudiens. Citons *Constructions dans l'analyse* ainsi qu'une lettre extraite de la correspondance entre Freud et Romain Rolland datant de janvier 1936.

Dans le premier article, Freud propose l'articulation suivante : « Les formations délirantes des malades m'apparaissent comme des équivalents des constructions que nous édifions dans les cures analytiques, des tentatives d'explication et de restauration, qui dans les conditions de la psychose ne peuvent conduire qu'à substituer au fragment de réalité qu'on dénie dans le présent un autre fragment qu'on avait également dénié dans les temps reculés de la préhistoire… »[160].

La lettre à Romain Rolland donne une parfaite illustration de ce mécanisme où un démenti secondaire s'ajoute à l'originel. Le doute à l'égard de l'existence de l'Acropole que Freud s'essaye à formuler de cette façon : « *Ce que je vois là n'est pas réel* »[161], témoigne de l'existence d'un précédent démenti s'étant produit en des temps plus anciens en regard du père cette fois : « Cela s'explique par la critique de l'enfant à l'endroit de son père, par le mépris qui a remplacé l'ancienne surestimation infantile de sa personne. Tout se passe comme si le principal, dans le succès, était d'aller plus loin que le père, et comme s'il était toujours interdit que le père fût surpassé »[162], puis il conclu : « Notre père avait été négociant, il n'avait pas fait d'études secondaires, Athènes ne signifiait pas grand-chose pour lui. Ainsi ; ce qui nous empêchait de jouir de notre voyage était un sentiment de

[160] FREUD, S. *Résultats, idées, problèmes II*. Paris, PUF, 1985. p.280
[161] Ibid p.226
[162] Ibid p.229

piété »[163]. Passage que Rey-Flaud commente de la façon suivante : « Dans le cas de Freud, l'Acropole, surgie comme « représentant » *réel* de ce démenti, a fait sauter les barrières ordinaires du refoulement (*Verdrängung*), libérant le spectre des anciens idéaux du père qui vient reprocher son reniement à celui qui l'avait oublié »[164]. A propos de ce sentiment d'étrangeté dont Freud fait mention dans l'analyse de l'épisode, Rey-Flaud ajoute : « (il) advient alors, à ce moment, comme indice du démenti préalable (mis ici en évidence par son échec) »[165]. Toujours d'après Rey-Flaud, ce démenti originel concerne le phallus en tant que signifiant. Ce dernier se trouve représenter, d'après lui, par l'Acropole.

7.1.2 Un désaveu originel.

Cette double-temporalité mise en évidence par Freud se retrouve également dans l'exemple de la rencontre clinique avec Madame V. L'énoncé : « Elle n'a donc pas oublié » représente dans le temps de l'entretien un second désaveu, indice et témoin d'un désaveu préalable, signant une fracture (un décalage) dans la temporalité.

Désormais, reprenons la conceptualisation initiée en ce début de chapitre. Les développements théoriques que nous venons d'apporter avec Freud ne sont pourtant pas directement transposables. En effet, si nous posons, de manière implicite et simultanée, l'existence d'un double désaveu (respectivement de la parole et de l'existence de la maltraitance) dans le message de la hiérarchie, il n'est pas pour autant possible de les différencier dans le temps et donc de les inscrire dans cette double temporalité. Ainsi, aucun n'est premier au regard de l'autre.

L'ajout d'une nouvelle perspective se justifie, notamment si l'on considère ces deux désaveux bâtis sur un socle commun. Examinons les plus en détail. Le premier cité, le désaveu de la parole du soignant n'est pas dénué de deixis. Rappelons le, lorsque Sylvie fait part à sa surveillante de sa souffrance, de cette impression de *bâcler son travail*, autrement dit d'être dans un contexte de travail

[163] Ibid p.230
[164] REY-FLAUD, H. *« Et Moïse créa les Juifs… »*. Paris, Flammarion, 2006. p.118
[165] Ibid p.119

favorisant la maltraitance, elle trouve comme réponse : « Tu es trop perfectionniste ». La nouvelle perspective dont j'ai fait mention s'incarne ici dans ce rappel implicite de la loi qu'accomplit Sylvie. Cette question de la loi s'identifie également dans le second désaveu mis en évidence. Une forme en *Je sais bien mais quand même* semble se dessiner. Cet énoncé « Tu es trop perfectionniste » vient signer qu'une reconnaissance de ce dont Sylvie fait état a eu lieu. Cet énoncé vient en place de « mais quand même ». Ce désaveu figuré par l'énoncé implique donc un certain positionnement par rapport à la loi, une transgression. Cette dernière se trouvant même prescrite, on l'a vu. En résumé, cet acte reconnu hors-la-loi dénié jusque dans son existence. Dans cette perspective, l'acte ne se *tient plus pour soumis à la loi*, pour faire référence à Rosolato.

Le socle commun dont j'ai fait mention plus haut, en référence à ces deux désaveux, semble se situer dans le domaine de la loi, et d'une action transgressive envers elle.

Rosolato traite à plusieurs reprises de celle-ci, notamment à travers l'exemple de la perversion : « Tout se passe chez le pervers comme s'il devait avant tout, sans cesse, transgresser une loi, comme s'il avait, de plus, à y substituer la *loi de son désir* »[166]. Pour étayer ses propos, il cite Sade : « Obéir aux lois, cela n'est pas clair »[167].

Mais de quelle loi s'agit-il ou plus précisément « quelle est cette loi à désavouer ? »[168] se demande l'auteur. La réponse est concise : « …à travers celle de la castration, la différence des sexes »[169]. Rosolato évoque des actes et des mouvements distincts envers cette Loi, citons la transgression, la destruction et la substitution : « La transgression concerne une loi […] ou plutôt un monde de *Règles* qui dépendent d'une autorité particulière. Contre elles, s'élève la loi du désir et du plaisir du pervers. Elle ne trouve sa puissance que par la transgression, la destruction momentanée de l'autre loi »[170], ce qui rend « La transgression […] comparable au désaveu »[171].

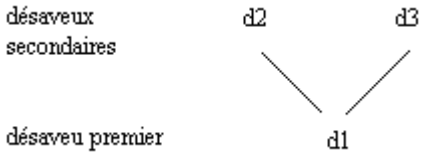
[166] ROSOLATO, G. Op.cité p.33
[167] Ibidem.
[168] Ibid p.34
[169] Ibidem.
[170] Ibidem.
[171] Ibidem.

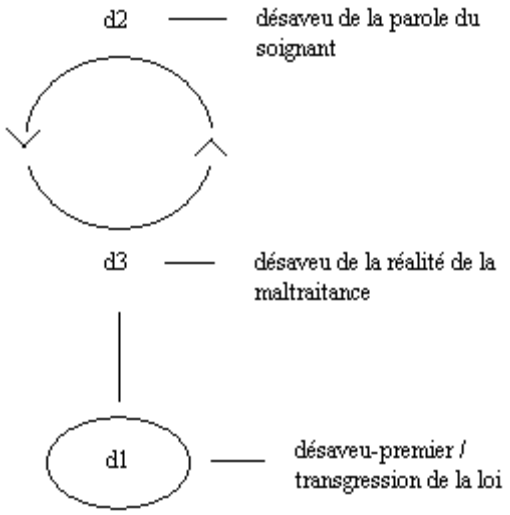
Dans notre situation, nous retrouvons dés lors ces trois types d'opérations : transgression, destruction et substitution. Nous posons donc la première opération comme semblable au désaveu. Le désaveu inscrit dans ses aspects impératifs et prescriptifs : « Maltraites ! » implique une transgression de la loi. Mouvement induisant une annulation temporaire de cette dernière Une substitution est désormais possible, traduite sous la forme d'une imposition, d'une quasi-violation et véhiculée par l'impératif implicite : « Maltraites ! ».
De manière plus formalisée :



Le concept de double-temporalité se retrouve ici mais sur un autre plan, où l'on peut observer par l'annulation transitoire de ce qui va devenir au terme de ce processus l'ancienne loi, la mise en place d'une néo-législation, qui, nous l'avons vu avec Sylvie, n'est pas sans entraîner un important mouvement de résistance. Ce processus de désaveu tendant à instrumentaliser le soignant.
En synthèse, les désaveux opérant sur la parole du sujet et sur la réalité de la maltraitance viennent s'inscrire secondairement à un désaveu premier se fondant sur une transgression de la loi.

Le schéma de ce double-désaveu peut donc se finaliser ainsi :





La figure du robot dont nous avons longuement traitée est construite sur une structure analogue. Je dirai qu'elle est le témoin de l'existence de ce double processus, qu'elle figure et contient.

En regroupant nos développements précédents, il est possible de retrouver ce désaveu de la maltraitance sur laquelle elle s'érige ainsi que ce fonctionnement sans opérateur, sans sujet, figuration du désaveu de la parole du soignant. On retrouve donc la présence de ces deux désaveux secondaires, et l'acte de maltraitance qui lui est attribué en tant que robot-soignant l'inscrit en transgression par rapport à la loi. Ce qui signe donc l'existence de ce désaveu premier.

Une série de questions, ébauchées au cours de ce chapitre, ne peuvent que réapparaître ici. En effet, un ensemble de coordonnées structurales a pu être dégagé mais une insuffisance sémantique reste à compléter par une tentative de réponse aux questions suivantes : quelle est la nature de cette loi sur laquelle porte le désaveu originel ? A quoi est-elle liée ? Quel est son fondement et sur quelle réalité se base-t-elle ?

7.2 Désaveu et réalité.

Pour tenter de répondre à l'ensemble des questions posées en clôture du précédent chapitre, il est nécessaire de se pencher sur la question de la réalité, en nous centrant sur les particularités du contexte institutionnel.

Prenons deux exemples : tout d'abord celui de la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante (cf.annexes) élaborée en 1996 par la commission « Droits et libertés des personnes âgées » de la Fondation nationale de gérontologie. En voici quelques extraits :

« L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou à l'altération de fonctions mentales.
Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés […] Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits. ».

Certains alinéas de l'article XIII : « Exercices des droits et protection juridique de la personne » sont également à noter :

- La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitances doit être sauvegardée.
- Toute personne âgée en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Le second exemple est tiré d'un de mes entretiens avec Sylvie. Je venais de lui demander comment se passer la toilette avec Madame L qui est une dame âgée en situation de dépendance psychique due à la maladie d'Alzheimer. Voici sa réponse :

Sylvie : « C'est ça qui est malheureux. Avec ceux qui sont autonomes ça va mais avec ceux qui sont très dépendants. On est consciente, on a pas le choix »

Clinicien : « Vous n'avez pas le choix ? »

Sylvie : « Non pas quand on est deux. Si on est six ça va. Si on prend le temps avec Madame L, il y a de fortes chances qu'elle crie moins. »

Dans la suite de notre entretien, Sylvie évoque la situation d'une dame ayant perdu son autonomie. Les soignants se trouvant en difficultés pour venir en aide à cette personne qui refusait de s'alimenter :

Sylvie : « Pour ceux qui ne veulent pas manger, on va pas les forcer, mais du style pincer les joues pour qu'ils mangent, il n'en est pas question »

Clinicien : « Vous l'avez déjà vu faire ? »

Sylvie : « Oui, je l'ai vu, il y a quelques années. Cela partait d'un bon sentiment, c'était pour que la grand-mère mange mais bon…quand on nous a dit « ça fait partie de la maltraitance » après elle a arrêté »

Clinicien : « Elle avait besoin d'entendre que c'était une maltraitance pour s'arrêter ? »

Sylvie : « Si vous voulez la personne ne voulez pas s'alimenter donc elle disait je peux pas la laisser sans manger ».

Ce dernier exemple relevant de la maltraitance active et physique et dépassant le cadre de notre étude va nous servir de balise tout au long de ce chapitre, en permettant de mettre en relief un des enjeux du processus que nous tentons de cerner.

Mais revenons sur la nature de cette réalité sur laquelle porte le désaveu. Au risque de paraître comme une évidence, il faut mettre en avant cette dépendance (physique et psychique) pouvant prendre des formes extrêmes ainsi que la notion de vulnérabilité qui en découle.

Pourtant, au même titre que le désaveu porte sur la réalité de la castration dans les perversions, il va porter ici sur cette réalité de la grande dépendance. Dans son texte sur le fétichisme, Rosolato met en avant l'articulation existant entre cette réalité et la Loi :

« C'est au mystère de cette différence, à ce point ultime où la Loi seule prend la charge d'une réalité, que se heurte le pervers qui tente de prévaloir sur

la Loi qui dit : « c'est ainsi ». Ce mystère, référé à une autorité toute-puissante, celle du *père idéalisé*, prépare à la castration. »[172]

Notre clinique ne nous permet pas d'introduire dans cette étude les notions de père idéalisé et de père mort selon la Loi. L'analogie se trouve ici à travers l'idée de la loi et du fondement qu'elle trouve dans la réalité que nous décrivons.
En effet, cette dernière se trouve prise en charge et reconnue par un ensemble de mesures législatives. On retrouve notamment cette notion de vulnérabilité. Citons en exemple les articles 222-14 ; et 222-3 du Code pénal français :

- Art 222-14 : Sur les violences habituelles des personnes vulnérables
  « Les violences habituelles sur un mineur de quinze ans ou sur une personnes dont la particulière vulnérabilité, due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse, est apparente ou connue de leur auteur sont punies »[173]

- Art 223-3 : Sur le délaissement d'une personne hors d'état de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique est puni… »

Les personnes âgées, sans constituer une catégorie particulière, se trouvent donc protéger par une législation se construisant autour de cette notion de vulnérabilité.
Nous savons désormais sur quel fondement, issu de la réalité, s'érige cet ensemble de lois. Ces dernières sont donc indissociablement liées à cet état de dépendance et à cette notion de vulnérabilité. A ce stade, il est donc possible d'avancer que le désaveu originel lié à la transgression de la loi dont nous parlions au précédent chapitre n'est pas séparable de cet ordre de réalité.
Cette affirmation demande d'être examiné dans ses possibles implications. Une réalité première a été dégagée permettant de préciser la nature exacte de ce

[172] Rosolato, G. Op.cité p.25
[173] Mayaud, Y ; Allain, E ; Goyet, C. *Code pénal*. Paris. Dalloz. 2008

processus de désaveu. La maltraitance qui lui est liée se voit donc confirmer en tant que phénomène et processus s'envisageant dans une apparition secondaire. L'originel se situe proche de cette réalité de la grande dépendance, on peut également citer l'irréversibilité du processus dégénératif dans la maladie d'Alzheimer.

De quelles implications peut-il s'agir dans la découverte de cette réalité ?

En soi, aucune implication en découlant ne peut justifier la mise en œuvre d'un tel processus. Mais ceci n'est plus exact le contexte professionnel et institutionnel que nous avons décrit, à travers le manque d'effectif notamment. Dans un contexte favorisant la maltraitance, cette réalité se révèle comporter de toutes autres implications. Et particulièrement dans les cas où les soignants se trouvent en difficultés voire en l'incapacité de réaliser la tâche primaire dans l'institution. Kaës définit cette tâche de la manière suivante : « La tâche primaire de l'institution fonde sa raison d'être, sa finalité, la raison du lien qu'elle établit avec ses sujets : sans son accomplissement elle ne peut survivre. Ainsi, la tâche primaire des institutions est de soigner. »[174]. Dans la suite de son chapitre, il propose de reprendre une distinction introduite par B.Gibello concernant « les institutions finalisées par des tâches de production et d'entretiens d'objets non humains, et les institutions dont la tâche concerne la formation ou le soin humain. »[175]. Voici la conception que propose Kaës : « J'avancerai l'idée que l'enjeu narcissique n'est pas le même dans ces deux cas, car les identifications aux objets de la tâche primaire ne mobilisent pas les mêmes parties du soi. On peut d'ailleurs observer des phénomènes défensifs dans certaines institutions de soin où les malades sont traités comme des objets matériels lorsqu'il apparaît que des inconvénients majeurs surgissent à les traiter comme des êtres humains ; dans un service de gériatrie lourde, les malades eux-mêmes se laissent aller vers la démence, avec l'accord semi-conscient des soignants, pour éviter de maintenir une vie psychique qui eut confronté les uns et les autres à trop

[174]Kaës, R. *L'institution et les institutions*. Op.cité p.41
[175] Ibidem

d'impuissance et d'agressivité. Il s'agit donc bien d'un défaut dans la réciprocité des contrats inconscients. »[176]

Il n'est pas question dans cette thèse de prendre position sur ce postulat de glissement du patient vers la démence. Ces citations permettent de mettre en valeur cette entrave à la réalisation de la tâche primaire à travers ce contexte institutionnel. Dans nos entretiens, Sylvie en témoignait, particulièrement à travers deux exemples : le premier concernait l'ensemble des conditions de travail dans l'établissement. Voici sa réponse lorsque je lui demandais ce qu'il manquait, dans ce contexte, dans la relation avec les résidents :

« La pensée et le temps…le temps. A l'école, en stage, on s'adressait à la personne…Avec ce manque de temps, quand tu vois tout ce qu'il te reste à faire, à la limite tu bâcles. »

Sylvie met ici en avant son incapacité à réaliser la tâche primaire : soigner. La grande dépendance des personnes auxquelles elle fait référence apparaît ici en toile de fond, indissociable de ses propos. Elle se laisse deviner à travers les effets de l'implicite.

Le second exemple est, cette fois, plus spécifique et concerne les résidents atteints par la démence de type alzheimer. Il se situe lors des soins d'hygiène quotidiens pour Madame L, atteinte par cette maladie depuis plusieurs années. Sylvie évoque une pratique courante dans l'institution qui consiste en une discussion entre soignants lors des actes de toilettes avec des résidents qui n'utilisent plus la parole comme moyen de communication. Ceci étant du aux stades avancés de la maladie.

Pour être plus précis, notre entretien se situe peu de temps après sa participation à une formation où cette pratique fut évoquée. Pendant l'entretien j'essayais donc de comprendre ce qui pouvait les pousser à discuter entre elles et à ne plus porter attention au résident.

Clinicien : « Qu'est-ce que vous ressentez à ce moment là ? »

[176] Ibidem

Sylvie : « Moi elle me fait peine cette femme. C'est une femme qui ne parle plus, qui ne manifeste plus rien, donc c'est pas qu'elle ne m'intéresse pas…parce que je me sens impuissante, car tu peux pas lui faire plaisir. Ou peut être de me voir ça lui fait plaisir et inconsciemment je le sais pas. Ce n'est pas par méchanceté, ce n'est pas parce que je ne l'aime pas mais je sais pas… »

Toujours à propos de Madame L et de l'impuissance qu'elle ressent en tant que soignante :

« Je serai curieuse de savoir ce qu'elle ressent. Je ne sais pas ce qu'elle peut ressentir cette femme. Restez tout le temps comme ça pour moi c'est horrible, donc peut être qu'inconsciemment, c'est peut être pour éviter de souffrir pour elle, enfin je sais pas. Je n'y ferai pas de mal mais peut être qu'inconsciemment je me dis « on lui apporte rien ».

Les dires de Sylvie ne vont pas sans faire écho à ceux de Kaës à travers l'exemple cité du service de gériatrie lourde. En effet, ce sentiment d'impuissance ressenti par Sylvie est lié à l'aspect irréversible des processus dégénératifs dans la maladie d'Alzheimer. Cette impuissance vécue s'associe aux conceptions de Kaës sur la réalisation de la tâche primaire. En tant que soignante, Sylvie a le sentiment de ne plus pouvoir soigner. Cet accord semi-conscient dont parle Kaës semble se présenter ici. Ne pas parler au résident qui ne communique plus, ne s'adresser à lui en lui conférant ce statut d'Autre, va dans le sens de cet auteur lorsqu'il révèle cet évitement dans le maintien d'une vie psychique, source d'impuissance chez les soignants. Dans l'analyse qu'il en livre, Kaës met en avant la question du narcissisme et notamment : « la défaillance de l'institution à fournir un apport narcissique suffisamment trophique à la réalisation de la tâche, ou (et dans ce cas) à maintenir les fonctions du cadre »[177]

En synthèse, l'existence d'un contexte institutionnel offrant des conditions de travail favorisant la maltraitance auquel vient s'ajouter la prise en charge par les soignants de résidents atteints par la maladie d'Alzheimer à un stade avancé,

[177] Kaës, R. Op.cité p.42

toutes deux entravant la réalisation de la tâche primaire, peuvent cette fois entraîner des implications très différentes par rapport à cette réalité de la grande dépendance.

Dans ce contexte, des enjeux narcissiques majeurs viennent se surajouter. Nous touchons là à la cause des procès de désaveu que nous avons étudiés et notamment à ce qui va initier ce désaveu originel lié à cette loi qui reconnaît l'existence de la grande dépendance.

Par enjeux narcissiques entendons une menace d'effondrement liée aux images idéales du soignant. Ne plus pouvoir soigner en est une formulation représentative. Nos avancées théoriques précédentes se confirment ici. Au niveau des expériences singulières de Frédérique par exemple, la construction du Double a donc permis la conservation puis l'éclat, la brillance de ces images idéalisées, à travers la mise en œuvres des désaveux primaire et des désaveux secondaires. En postulant donc à ce terme que la maltraitance se base sur le désaveu d'une réalité première en gérontologie : la grande dépendance.

7.3. Conclusion.

A travers l'inquiétante étrangeté et l'examen des fondements cliniques du dire où une construction métaphoro-métonymique du Double s'est fait jour chez les soignants, a pu être confirmé l'existence d'un pacte de désaveu. Ses spécificités concernant la maltraitance et ses enjeux pour les soignants ont été détaillée, à savoir une possibilité de dissimulation de l'existence de celle-ci ainsi qu'un détournement de la responsabilité de l'acte concernant les acteurs du soin ; Leur participation à la maltraitance institutionnelle est également voilé.

Dans cette institution, ce pacte s'articule autour d'un mécanisme de double désaveu, plus précisément un désaveu portant sur la parole du résident lié à désaveu de l'acte de maltraitance. Ceux-ci, ces deux désaveux sont apparus comme secondaires, et garants d'un désaveu originel : le désaveu de la loi.

Ce dernier s'est illustré à travers la dynamique relationnelle complexe. En effet, l'identification de ce désaveu au sein des messages hiérarchiques ont permis de

repérer sa fonction d'opérateur proposé et autorisé. Ce qui a permis de déduire l'autorisation et la prescription de la maltraitance par négligence témoignant ainsi de l'existence de ce désaveu de la loi dont nous parlions. Une loi dont l'autorisation de transgresser est une des coordonnées majeures de cette configuration institutionnelle. Ce désaveu ayant pour fondement une réalité gérontologique essentielle : la perte d'autonomie de la personne âgée pouvant aller jusqu'à la grande dépendance.

Cette introduction de la loi marque le point interstitiel où se situe à présent notre recherche. Un interstice entre deux axes de recherche, central et transversal, où nous tenterons d'aborder un champ qui lui est connexe, celui de la déontologie professionnelle en institution gérontologique. Et ceci à partir des incidences théorico-cliniques que nous avons repérées par ailleurs ; en faisant toutefois un détour par la psychologie, la morale et la logique, nécessaire dans le sens où le champ déontologique les convoque par le lien inhérent qui les unit, mais surtout par les contradictions, dilemmes et paradoxes qu'elles permettent d'identifier dans la pratique soignante.

Deuxième partie

Interstice : L'échec de la déontologie, effet opératoire du désaveu ~ *Détours psycho-logique*



Glenys Porter - Detour

Ici s'introduit un ensemble plus vaste, l'institution et ses processus caractéristiques. Il n'est plus seulement question du soignant, dans sa réponse singulière, mais de procès et mécanismes à envisager à un niveau groupal.
Comme annoncé, il semble opportun à ce stade de prendre en compte un champ supplémentaire, de l'ordre du collectif. Il existe parallèlement à la question de la loi que nous avons introduite, un ensemble de règles et de prescriptions qui régissent la hiérarchie médicale et régule les pratiques en pointant une limite, du médecin à l'aide-soignante. Je fais évidemment référence à la déontologie professionnelle.
Commençons par insérer des éléments de définition et essayons de mesurer l'étendue du champ qu'elle recouvre dans la pratique professionnelle en gérontologie, avant d'entamer un détour pluridisciplinaire nécessaire à la compréhension à la compréhension du statut dans lequel se trouve la déontologie consécutivement au procès de désaveu ayant lieu au niveau institutionnel. Ce qui permettra également d'en préciser les enjeux et d'en démonter les mécanismes logiques voire psycho-logiques.

8. La déontologie : présentation et introduction structurale

8.1. Historique et définition.

Le terme a été créé par Jeremie Bentham dans un essai sur la nomenclature et la classification des principales d'Art et Sciences paru en 1823. Il réunit les termes grecs *deon* « ce qu'il faut faire » et *logos* signifiant « discours ». Bentham le définit comme suit : « Le mot Déontologie désigne donc l'indication de ce qu'il convient de faire…L'objet de cette branche[178] est d'indiquer si telle ou telle action doit ou ne doit pas être faite. » (Bentham, 1823.)

[178] Bentham fait ici référence à l'éthique.

Dans un ouvrage ultérieur qui lui est consacré, Bentham ajoute : « Ce terme est ici appliqué à la morale, c'est-à-dire à cette partie du domaine des actions qui ne tombent pas sous l'empire de la legislation publique […] La ligne qui sépare le domaine du législateur de celui du Déontologiste est suffisamment distincte et visible. Là où les récompenses et les punitions légales cessent d'intervenir dans les actions humaines, là viennent se placer les préceptes moraux et leur influence »[179]. La déontologie se situe donc, pour Bentham, dans un champ de suspension et de silence de la loi. Pour apporter plus de précisions, il faut prendre en compte la discipline dans laquelle Bentham introduit le terme : la philosophie morale.

Depuis, le terme a connu une extension de sens, il désigne : « l'ensemble des règles morales qui régissent l'exercice d'une profession ou les rapports sociaux de ses membres »[180]. La définition de Jean-Paul Caverni en est proche : « La déontologie est l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession » (Caverni, 1998). Avec cette extension, le terme entre désormais dans le champ des pratiques professionnelles. Ces dernières se voyant régies par une somme de règles et prescriptions déontologiques.

Le terme s'est largement diffusé à travers la publication de codes de déontologie, par exemple le code de déontologie médicale, le code de déontologie journalistique ou encore celui régissant la profession d'avocat. Certains d'entre eux ont en France une inscription légale, c'est le cas du code de déontologie médicale.

Pour comprendre les processus de construction de ceux-ci et surtout les spécificités de la règle déontologique, ce qui nous intéresse ici, il faut décider d'un exemple. Nous choisissons le code de notre profession.

8.2 Un exemple : le code de déontologie des psychologues.

A l'inverse du code de déontologie médicale, ce dernier ne dispose pas d'une inscription légale. Il ne peut donc exercer de contraintes

[179] Bentham,J. *Déontologie ou science de la morale*. Versanne. Encre marine. 2006. p.25-29
[180] Dictionnaire *Le trésor de la langue française*. Edition electronique.

directes sur les membres de la profession comme une interdiction d'exercice par exemple. Nous le choisissions à titre d'exemple comparatif.

Ce code est le fruit d'un travail de réflexion et de rassemblement s'étalant sur plusieurs années. Le premier date de 1961 et fut élaboré par la société française de psychologie. L'ANOP (Association Nationale des Organisations de Psychologue), en 1987, en proposa une nouvelle version inspirée de celle de 1961 et comportant trente articles. La version actuellement en vigueur date de 1996, du 22 mars précisément. Un groupe de concertation dont Jean-Paul Caverni fut à l'initiative en vota l'adoption. Ce groupe était composé par trois associations de psychologues : l'AEPU (Association des Enseignants de Psychologie des Universités), l'ANOP (Association Nationale des Organisations Professionnelles) et la SFP (Société Française de Psychologie). Dans son ouvrage consacré à la question, Bourguignon précise qu'une reconnaissance immédiate eut lieu par un certains nombres d'associations et de syndicats professionnels.

Cette dernière propose également une définition du contenu et de la finalité de ce code : « Le code de déontologie des psychologues énonce des valeurs auxquelles les psychologues se réfèrent et les règles qui en découlent, qui valent pour tous les psychologues, quels que soient leur spécialité et leur lieu d'exercice »[181]

Voici l'organisation générale de ce code :

- Titre I : Principes généraux.
- Titre II : L'exercice professionnel
    - Chapitre 1, Le titre de psychologue et la définition de la profession.
    - Chapitre 2, Les conditions de l'exercice de la profession.
    - Chapitre 3, Les modalités techniques de l'exercice professionnel.
    - Chapitre 4, Les devoirs du psychologue envers ses collègues.
    - Chapitre 5, Le psychologue et la diffusion de la psychologie.
- Titre III : La formation du psychologue

[181] Bourguignon, O. *La déontologie des psychologues*. Paris. Armand Colin. 2005. p.24

Contrairement aux médecins, les psychologues français ne disposent pas d'un ordre professionnel, comme c'est le cas aux Etats-Unis et au Canada par exemple. Toutefois, cette question fait actualité dans les organisations professionnelles où elle se trouve débattue et examinée.

L'existence de la CNCDP (Commission Nationale Consultative de Déontologie des Psychologues) est à mentionner. Elle fut crée en 1997 par les organisations professionnelles et syndicats dont nous avons fait mention. Odile Bourguignon précise qu'une nécessité s'est fait jour après adoption du code de « créer une commission nationale de déontologie qui puisse émettre des avis sur les dossiers et demandes adressés aux différentes organisations et traités antérieurement par chacune d'elles, afin qu'il n'y ait pas autant d'interprétations du code que d'organisations existantes et que se constitue progressivement une sorte de jurisprudence interne. »[182]. En 2008, la CNCDP avait traité 228 dossiers.

Pour mieux saisir par la suite les enjeux déontologiques existants pour les soignants, il semble judicieux de se servir de l'exemple de ce code pour dégager la nature ainsi que la structure des énoncés et des règles qui le compose.

8.3 Structure et fondement de la règle déontologique.

Odile Bourguignon précise que la rédaction du code renvoie principalement à trois formes stylistiques :

- Des énoncés informatifs et déclaratifs.
- Des préceptes éthico-déontologiques.
- Des règles de bonne conduite professionnelle.

Nous nous focaliserons sur les deux dernières à travers des exemples extraits du code.

[182] Ibid p.78

8.3.1 Les préceptes éthico-déontologiques.

Examinons le contenu du Titre I : Principes généraux, notamment le premier principe énoncé, le *Respect des droits de la personne* : « Le psychologue réfère son exercice aux principes édictés par les législations nationale, européenne et internationale sur le respect des droits fondamentaux des personnes, et spécialement de leur dignité, de leur liberté et de leur protection » et il est précisé dans le préambule que « la reconnaissance (et le respect) de la personne dans sa dimension psychique fonde l'action du psychologue. »

Il est également précisé que les règles déontologiques inscrites dans ce code se basent sur une réflexion éthique et sur les principes qui en découlent.

En effet, si selon la synthèse de Bourguignon « est éthique ce qui respecte la personne humaine »[183] alors le Code s'inscrit d'emblée dans cette démarche. L'éthique se trouve donc indissociable de construction déontologique.

Il est utile ici de définir l'éthique. Le terme est dérivé du grec *ethos* signifiant les mœurs. Historiquement l'éthique est liée à la morale. Il en est synonyme chez certains auteurs, citons Aristote à travers l'*Ethique à Nicomaque*, Théophraste et Diderot l'utilisèrent dans le même sens. Chez Kant, elle s'entend comme une étude critique de la morale.

Dans sa tentative de définition, Lalande propose de distinguer ces deux disciplines : « La science qui prend pour objet immédiat les *jugements* d'appréciation sur les actes qualifiés de bons ou mauvais. C'est ce que nous proposons d'appeler *Ethique* […] Sans doute, il arrive qu'en fait, les questions de morale et d'éthique, ainsi définies, sont souvent mêlées ; mais cela n'exclut pas une distinction très nette de leurs définitions.[184] »

Prendre en considération la valeur de ces actes suppose la mise en œuvre d'un questionnement, d'une démarche de réflexion où le respect de la personne, sa dignité occupent la place centrale. Une place réservée à l'humain, au sujet, est

[183] Ibid p.7
[184] Lalande, A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris. PUF. 1992. p.305

inscrite au cœur du discours éthique. L'Ethique vise donc l'individu dans sa singularité.

Lalande insiste sur cette nécessité de distinction entre éthique et morale. Il convient de définir cette dernière comme « un ensemble de règles concernant les actions permises et défendues dans une société, qu'elles soient ou non confirmées par le droit »[185]. Elle sous-entend l'existence d'une théorie du bien et du mal, opérant une classification du côté de l'une ou l'autre de ces catégories. La morale énonce des règles de conduite. Elle pose un certain nombre de règles, de prescriptions pouvant prendre une forme affirmative et négative. Par exemple, *il faut dire la vérité* pour cette première forme, et *il ne faut pas boire d'alcool* pour le cas d'une proscription en morale religieuse. Une des formes les plus célèbres est la maxime morale. Elle est une proposition générale servant de règle dans un système moral.

En termes de structure, la forme réglementaire, prescriptive (impérative en somme) est commune à la morale et à la déontologie. La déontologie réglemente, prescrit actes ou abstentions, en résumé ce qu'il convient de faire lorsqu'on exerce une profession. Elle énonce un ensemble de devoirs sous une forme prescriptive.

Le Titre I du Code de déontologie des psychologues contient donc des préceptes déontologiques généraux énoncés sous la forme que nous évoquions. Le septième en témoigne :

« Le psychologue ne peut aliéner l'indépendance nécessaire à l'exercice de sa profession sous quelque forme que ce soit »

Il se présente ici sous la forme négative. De ces préceptes découleront un ensemble de règles déontologiques regroupées dans les Titres II et III. Les règles en question prennent majoritairement la forme catégorique, c'est-à-dire qu'elles excluent toute condition. Voyons l'article 6 du chapitre 2 :

[185] Ibid p.654-655

« Le psychologue fait respecter la spécificité de son exercice et autonomie technique. Il respecte celle des autres professionnels. »

L'article 18 du chapitre 3 également :

« Les techniques utilisées par le psychologue pour l'évaluation, à des fins directes de diagnostic, d'orientation et de sélection, doivent avoir été scientifiquement validées. »

Le mode conditionnel semble donc absent de la règle déontologique, ce qui vient faire écho d'une forme impérative sous-jacente à cette dernière. Ce qui la rapproche doublement de la morale. De même, l'évocation de ces règles de *bonne* conduite n'est pas dissociable d'une certaine intrication de la morale avec la déontologie professionnelle.

L'exemple de ce code nous a permis de dégager des éléments formels en termes de construction de la règle déontologique et de voir la liaison de cette discipline avec l'éthique et la morale. Sa distinction d'avec le domaine juridique a également était abordée.

Ceci va nous éclairer dans l'examen de la situation de la déontologie pour des professions qui ne disposent pas de codes rédigés : les infirmières et les aides-soignantes.

9. Déontologie et soignants : le cas de la maltraitance institutionnelle.

9.1 Infirmiers et aide-soignants : textes règlementaires.

Voyons la situation de la profession infirmière en France. A l'heure actuelle, il n'existe pas de code de déontologie valable pour l'ensemble de la profession, comme c'est le cas dans d'autres pays (Québec par exemple). Un projet d'ordre infirmier et de publication d'un code sont toutefois discutés.
Mais cette absence de code officiel ne signifie pas absence de déontologie. En effet, un ensemble de règles déontologiques se trouvent mentionnées dans un décret légal faisant partie du Code de la santé publique, datant du 29 juillet 2004. Compétences, actes techniques, principes éthiques et prescriptions déontologiques s'y trouvent réunis dans une approche globale. La structure de ce décret, pouvant se décompose en sections et sous-sections comportant une série d'articles, est analogue à celle des codes examinés précédemment.
Citons certains articles :

- Art R.4312-25 :

« L'infirmier ou l'infirmière doit dispenser ses soins à toute personne avec la même conscience quels que soient les sentiments qu'il peut éprouver à son égard et quels que soient l'origine de cette personne, son sexe, son âge, son appartenance ou non-appartenance à une ethnie, à une nation ou à une religion déterminée, se mœurs, sa situation de famille, sa maladie ou son handicap et sa réputation. »

- Art R.4311-2 :

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité de relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en

tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales, physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social… »

Il apparaît donc clairement que la déontologie n'est pas liée à l'existence d'un code. Ceci vaut pour l'ensemble des professions. Et, plus proche de la clinique présentée dans notre thèse, c'est également le cas pour le métier d'aide-soignant. Aucun code n'existe mais règles et prescriptions déontologiques se trouvent véhiculées par certains textes règlementaires portant sur la définition de la profession, fixant ses conditions d'accès, les actes techniques relevant de sa compétence, etc. Le premier arrêté date de 1956. Un ensemble de décrets se sont ajoutés depuis et de nombreuses modifications leur ont été apporté.
En ce qui concerne la définition de la profession, les principes éthiques et déontologiques fondamentaux, l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant en décrit les grandes lignes :

« L'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité de l'infirmier […] L'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie »

Par ailleurs, l'arrêté du 22 juillet 1994 relatif au certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant et au certificat d'aptitude aux fonctions d'auxiliaire de puériculture, présente notamment le nouveau programme de formation en vigueur ; il est fait

mention, dans la liste des enseignements théoriques, d'un module portant sur la déontologie et l'éthique.

Après cet ensemble de précisions, plusieurs questions se posent : qu'en est-il de la déontologie et de l'éthique au sein du contexte institutionnel que nous avons décrit ? Quels sont les rapports entre éthique et déontologie ? Comment envisager la maltraitance dans cette perspective ?

Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse à travers des exemples cliniques et une étude détaillée des principes éthiques et règles déontologiques de l'aide-soignant.

9.2 Déontologie et maltraitance institutionnelle

Ce contexte favorisant les actes de maltraitance par négligence n'est pas sans conséquence sur le rapport qu'entretiennent les soignants avec la déontologie. Sylvie décrit la nature de ce lien tout au long de nos rencontres :

Sylvie : « Le week end quand on est deux par exemple, comment voulez-vous qu'à deux on fasse un travail correctement ?! La semaine c'est pareil, si on se retrouve qu'à deux il n'y a plus de douches, il n'y a plus de toilettes correctes »

Clinicien : « Qu'est-ce que ça vous laisse comme sentiment ? »

Sylvie : « Eh bien, je les aurai pas lavé c'était pareil. Pour moi, c'est de la négligence, j'ai l'impression de n'avoir pas fait mon boulot. Après on s'étonne qu'il y ait des escarres, des rougeurs…On est consciente qu'on ne le fait pas correctement…Ou il faut être toutes solidaires et en discuter ou alors on reste dans notre cocon et on continue à travailler comme ça…

Il y a de la négligence partout et il y a tout qui en paye les conséquences ».

Rappelons également la réponse que Sylvie reçue lorsqu'elle fit part de cette impression de *bâcler son travail* à sa hiérarchie : « Tu es trop perfectionniste »

Dans ce contexte, Sylvie n'a pas le choix. Il est, en lui-même, inducteur de négligence. Comme elle le fait remarquer, l'équipe soignante en est consciente.

Une conscience de ne pouvoir respecter les règles déontologiques auxquelles elle est soumise. Sylvie insiste sur ce manquement, à plusieurs reprises, en évoquant une incapacité à travailler « correctement ». Lorsque Sylvie décide de faire part à sa supérieure de son rapport à la déontologie professionnelle, de faire état de ce manquement à la règle, elle se voit proposer un message dont le virage de sens ne peut être qualifié que de radical.

Cette négligence induite se trouve donc confirmer, autoriser et banaliser par la prescription sous-jacente que nous avions précédemment mise à jour : « Continues ! » ; « Négliges ! » ou bien « Maltraites ! ». Messages qui s'inscrivent en contrepoint des principes moraux et des règles déontologiques de la profession de Sylvie. Nous touchons là à un point de contradiction. Essayons de formuler les prescriptions qui sont en jeu.

A travers nos entretiens, Sylvie insiste sur ce qu'elle estime être son devoir en tant qu'aide-soignante. Devoir ayant un double fondement, éthique et légal : le respect de la personne dans sa dignité. L'exemple de l'absence de douches données en témoigne.

Dans les situations présentées, Sylvie considère ne pouvoir accomplir son devoir. Ce dernier n'est pas sans lien avec la morale. Cette dernière pouvant être assimilées à une réflexion sur celui-ci. Sylvie réfère ce devoir à des principes moraux représentant pour elle ce qui est bien, juste ou « correct » de faire dans cette situation. Le devoir fait donc référence à une obligation, une contrainte d'ordre moral.

A partir de là, Sylvie rappelle d'abord une proscription d'ordre déontologique après avoir fait le constat suivant : « Il existe de la négligence et l'on ne doit pas être négligent dans notre travail quotidien avec les personnes âgées dépendantes ». Cette formulation négative que je propose en synthèse, rappelle implicitement la reconnaissance d'une réalité fondamentale : la dépendance, et l'existence d'une obligation morale. De cette formule se déduit également la prescription déontologique dont Sylvie a le sentiment de ne pouvoir respecter.

Toutefois, en l'absence de code de déontologie pour la profession d'aide-soignante, des exemples de ces types de prescriptions nous sont fournis par un

ensemble de chartes déontologiques qui ont été rédigées pour le champ du soin en gérontologie.

En effet, un certain nombre de chartes ont été publiées ces dernières années dans un souci de spécificité gérontologique et notamment pour pallier à une absence de codification détaillée concernant la déontologie de l'aide-soignante. Nous pouvons distinguer une charte majeure centrée sur les réalités auxquelles sont confrontées les personnes âgées dépendantes de chartes plus spécifiquement liées à la gérontologie. La première fut diffusée pour la première fois en 1987 par la Fondation Nationale de Gérontologie et s'intitule : « Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ». Elle est l'œuvre de la commission « Droits et libertés » et s'adresse aux soignants, décideurs ainsi qu'au grand public. Une version remaniée est parue en 1997 dans un souci de tenir compte de l'évolution de la réflexion gérontologique et l'actualisation la plus récente date de 2007. Lors de la rédaction de celle-ci la commission s'est interrogée sur la notion de dépendance qui suggère un état stable ou définitif alors que l'expérience gérontologique confronte parfois à des situations évolutives ou réversibles. Dans ce champ, la perspective a donc été élargie par l'insertion de la notion d'handicap au sein de la charte.

L'objectif de cette charte est clairement défini :

« Cette charte a pour objectif d'affirmer la dignité de la personne âgée en situation de handicap ou devenue dépendante et de rappeler ses libertés et ses droits ainsi qu les obligations de la société à l'égard des plus vulnérables »[186]

Nous pouvons citer quelques articles (cf annexe pour l'intégralité) :

[186] Fondation Nationale de Gérontologie. *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Avant-Propos.* 2007

Il est également ajouté : « La Charte est un outil de réflexion collective sur leurs pratiques des équipes de soins et d'aide, gériatriques ou non, qu'elles oeuvrent au domicile, à l'hôpital ou en institution médico-sociale. C'est un moyen de se fixer des objectifs, d'améliorer des attitudes, de prendre conscience de la difficulté et de la noblesse des tâches de ceux qui ont professionnellement à apporter soins et aides aux personnes devenues vulnérables. »

- L’article IX : Accès aux soins et à la compensation des handicaps : toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit avoir accès aux conseils, aux compétences et aux soins qui lui sont utiles.

- L’article I : Cadre de vie : toute personne âgée en situation de handicap ou de dépendance doit pouvoir choisir un lieu de vie-domicile personnel ou collectif-adapté à ses attentes et à ses besoins.

Par ailleurs, des chartes plus spécifiques se sont développées, portées par diverses associations, des centres hospitalier gérontologique, des réseaux de santé ou des EHPAD. Leur diffusion maximale s’arrête à la région. Prenons l’exemple de la Charte de Bientraitance développée par le pôle gérontologique du Centre hospitalier de Limoges. Cette charte, s’inscrivant dans les recommandations de bonnes pratiques véhiculées par le ministère de la Santé, contient dix prescriptions d’ordre déontologiques destinées aux soignants (cf annexes). Citons en quelques uns :

- Favoriser les déplacements du résident patient en respectant son confort, son rythme, et en tenant compte de ses désirs d’aller et venir ainsi que de sa pathologie.

- Respecter l’espace personnel du patient et son intimité.

La prescription numéro 4 se rapproche le plus de celle que Sylvie estime ne pouvoir respecter :

- Préserver la dignité du résident patient et son estime de soi, son apparence, et en tenant compte de ses habitudes de vie.

Dans le contexte de l’EHPAD, l’on pourrait parler de résident dépendant. Cette règle déontologique qu’invoque Sylvie se fonde sur un principe éthique : le respect de la personne âgée, de sa dignité. A travers cette règle, Sylvie manifeste

sa reconnaissance de la réalité de la dépendance, d'où prend naissance son sentiment du devoir.

En contrepoint de la prescription invoquée par Sylvie va venir s'introduire celle véhiculée dans le message hiérarchique : « Maltraites ! », autrement dit : « Tu as l'autorisation de maltraiter ».

A ce stade, il est important de noter l'injection dans la déontologie d'une prescription contradictoire, inconciliable avec celle que Sylvie entend devoir respecter. On pourrait parler de prescription anti-déontologique. Ce point précis mérite certaines précisions et le détour par une approche pluridisciplinaire annoncé, avec l'objectif d'en saisir avec précision les mécanismes principaux.

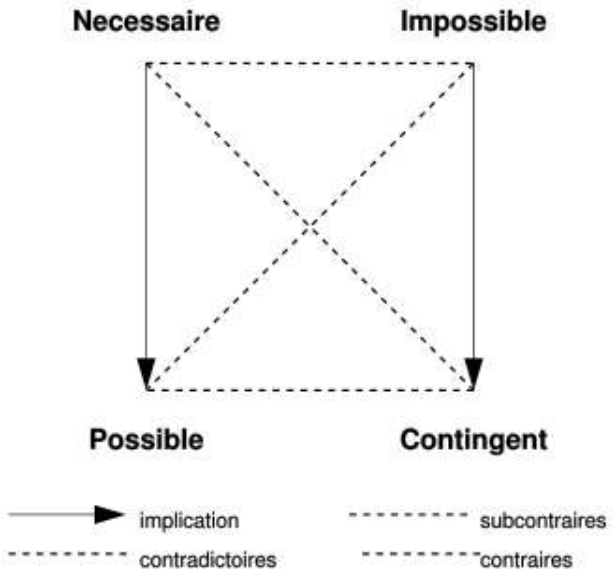
10. L'échec de la déontologie : logique, dilemme & paradoxe.

Pour ce faire, nous nous aiderons de notions issues de la logique déontique, de la formulation de certains dilemmes moraux ainsi que de l'approche des paradoxes. Commençons par une présentation de cette discipline.

10.1 La logique déontique.

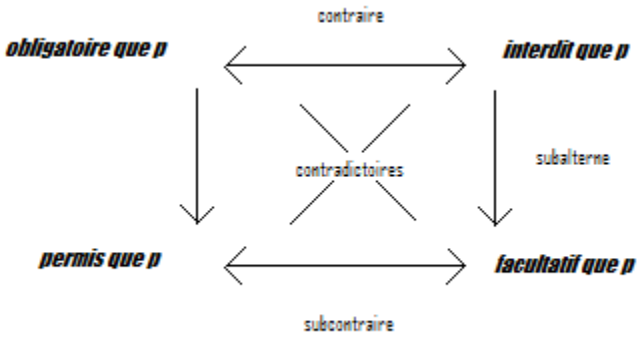
Une tentative précoce de définition d'une logique déontique formelle a été faite par Mally (1926), mais on reconnaît à Von Wright[187] le mérite d'avoir énoncé en 1951 la première axiomatique solide. Elle est une des branches de la logique modale. En d'autres termes, il s'agit d'une logique à modalité déontique. La racine grecque est donc la même que pour le terme déontologie : *déon, déontos*, ce qu'il faut faire ou le devoir.

Une logique est dite modale par l'adjonction de modificateurs. Dans la logique classique, ou aristotélicienne, il en existe quatre types : le nécessaire, le contingent, le possible et l'impossible[188]. Le carré ci-dessous dit carré modal représente leurs relations :



[187] Von Wright,G. Deontic Logic, *Mind*, vol. 60, n° 237, JSTOR, 1951, pp. 1-15
[188] Aristote. *Organon*. Paris. Libraire philosophique J.Vrin. 1992.

En logique déontique, les quatre opérateurs modaux sont l'obligatoire, l'interdit, le permis et le facultatif. Son objet est donc de tenter une formalisation des rapports possibles entre ces quatre modalités. Elle trouve des applications en informatique, en droit pour formaliser le raisonnement juridique, permet de rendre compte de ce que l'on nomme les dilemmes moraux ainsi que d'apporter certaines réponses soulevées par la philosophie morale.
Dans cette discipline dont Von Wright[189] fut l'initiateur, le carré modal peut, par analogie, se présenter de cette façon :



Les notations de ces modalités peuvent se traduire comme suit :

Per (permis) ; *Ob* (obligatoire) = _P_ ; *In* (interdit) = *_F ;* Optionnel = _Op

Cette brève présentation va permettre de formaliser les prescriptions déontologiques dont nous parlions.

10.1.1 Applications possibles.

Dans la situation que nous avons présenté, Sylvie invoque donc le caractère obligatoire de la règle déontologique consistant à préserver la

[189] Ce philosophe de l'université de Cambridge proposa le terme de déontique pour rendre compte de ce type de relations logiques en 1951 dans un article paru dans la revue *Mind* : déontic logic.

dignité de la personne âgée notamment à travers les actes de toilette dont l'effectuation relève pour Sylvie de son devoir.
La notation logique correspondante est :

Ob p

A savoir, il est obligatoire de faire l'action p. Il s'en déduit qu'il est interdit de ne pas faire p. En d'autres termes, il est interdit de maltraiter la personne âgée.

F ¬ *p* (il est interdit de ne pas faire p)

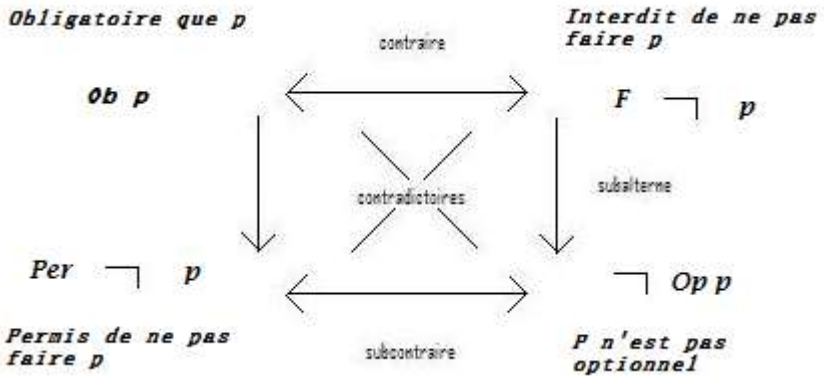
Si, dans un souci de préciser, l'on note *m* l'action de maltraiter, il en découle deux propositions contradictoires. Sylvie rappelle donc l'interdiction de faire *m* :

F *m*

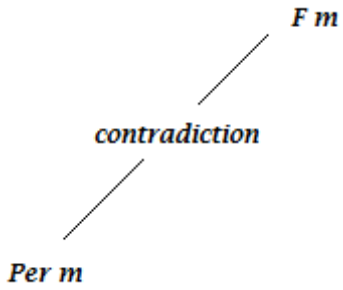
La hiérarchie, quant à elle, prescrit pour l'action *m* une autre modalité :

Per *m*

La contradiction déontique s'éclaire avec les schémas suivants :



En termes de maltraitance, la contradiction apparaît de manière encore plus saillante. Dans le schéma suivant l'acte de maltraitance sera noté *m* :



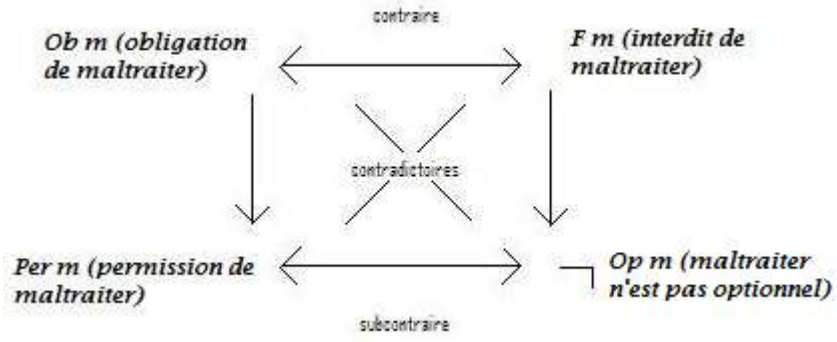
Pour synthétiser, il est donc à la fois permis et interdit de maltraiter à l'intérieur de ce système. Interdit par la loi et la déontologie en vigueur, et permis par l'injection dans la déontologie d'une prescription contradictoire : $Per\ m$ en lieu et place de $\neg\ Per\ m$ (il n'est pas permis de faire *m*), ou encore $Per\ \neg\ p$ remplaçant $\neg\ Per\ \neg\ p$ (il n'est pas permis de ne pas faire *p*). Toutefois, les derniers schémas présentés restent à compléter car l'introduction de cette nouvelle prescription induit une véritable subversion dans le système déontologique.

Il faut d'abord noter l'apparition d'une faille heurtant directement la consistance du système. En logique, la consistance se dit d'un système où « il n'existe pas de formule A telle qu'on puisse démontrer dans le système à la fois A et non A. Si le système est contradictoire, si on peut y démontrer A et non A, alors on peut aussi démontrer n'importe qu'elle proposition B »[190]. En logique déontique, un axiome fondamental permet de garantir la consistance du système. Il s'agit de l'axiome D. Celui-ci stipule que tout énoncé obligatoire est permis. Il prévient d'une possibilité de coexistence dans le système d'énoncés qui seraient à la fois obligatoires et interdits. On peut avancer que la déontologie se vide, après cette injection, de toute sa consistance. Il s'ensuit une annulation et par conséquent un échec de la déontologie. Mais pour soutenir cet argument, il faut compléter le schéma 3 car il met en avant une contradiction déontique, c'est-à-dire une coexistence à propos de la même action d'une permission et d'une interdiction. Mais ce schéma ne

[190] Vernant, D ; Popelard M-D. *Eléments de logique*. Paris. Seuil.1998. p.71

révèle pas violation de l'axiome D, il n'y a pas d'obligation et d'interdiction simultanée d'accomplir une action.

Le schéma 4, s'il se complète, met en lumière l'inconsistance du système. En effet, ce dernier se construit sur l'impératif : « Maltraites ! » véhiculé implicitement par la hiérarchie. Cette prescription donne l'autorisation d'accomplir cet acte et lui donne également un caractère obligatoire, sauf que la loi et la déontologie interdisent et proscrivent cet acte.



Le schéma 4 nous figure la situation de dilemme moral[191] dans laquelle se trouve Sylvie par un effet de superposition, et donc la violation de l'axiome D impliquant l'inconsistance du système. En effet, un acte est devenu à la fois obligatoire et interdit, ce qui implique la mise en échec du système déontologique.

Comment, à partir de cette faille, l'acte de maltraitance par négligence parvient-il à se produire ?

Nous tenterons de répondre à cette question avant d'examiner la situation où Sylvie se trouve introduite.

10.1.2. Un nouvel espace.

Pour creuser cette question, il est nécessaire de postuler l'existence d'un espace où la maltraitance est possible du point de vue d'une triple exclusion : légale, déontologique et éthique. Certains auteurs utilisent

[191] Un dilemme moral est une situation où un sujet a à la fois l'obligation et l'interdiction d'accomplir un acte.

le terme d'espace de non-droit pour en rendre compte, citons Evelyne Bertin dans son ouvrage *gérontologie, psychanalyse et déshumanisation*.
Avant d'en donner une définition, il est important de rappeler les rapports existant entre le droit et la notion d'espace. Jean-louis Bergel les définit de la façon suivante :

« Le phénomène juridique se développe dans l'espace […] Il a d'abord besoin d'être localisé dans l'espace en un lieu déterminé […] Comme chaque état dispose d'un ordre juridique qui lui est propre, qui s'applique sur son territoire et qui diffère de celui des autres pays, la localisation des situations juridiques a pour effet de les soumettre au droit applicable à l'endroit où elles se développent »[192] .

Toujours à ce propos, Bergel ajoute :

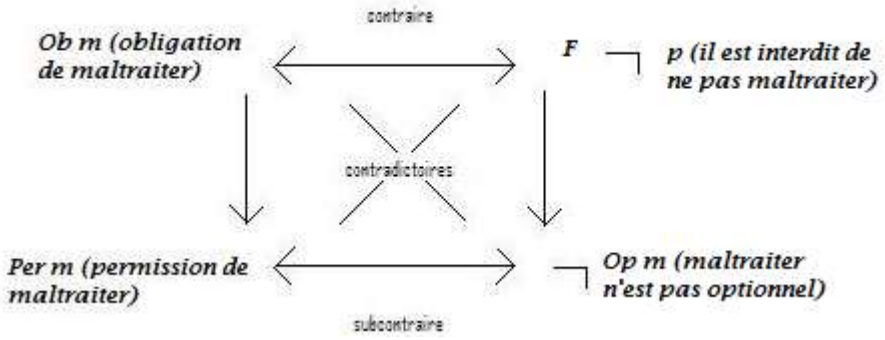
« Mais l'autonomie et la diversité concrète des droits nationaux crée un mouvement de *dissociation* du droit dans l'espace, chaque système éliminant les autres pour les relations juridiques situées dans son ressort de compétence. Or les droits positifs, s'ils consacrent des solutions différentes, peuvent constituer des univers clos ou des mondes ouverts… »[193]

Ce mouvement de dissociation se retrouve dans l'institution gérontologique étudiée. Cette dernière se constituant en univers clos par rapport aux lois et règles déontologiques en vigueur dans l'espace où elle se situe, relevant du droit français. Evelyne Bertin rend compte de cette réalité :

« Il existe en France dans le domaine de la gériatrie, de véritables espaces de non-droit. Un espace de non-droit, c'est un espace où les lois de la République et de la société ne fonctionnent pas […] De ce fait il n'y a jamais de sanctions »[194].

[192] Bergel, J-L. *Théorie générale du droit.* Paris. Dalloz. 1998
[193] Ibid p.134
[194] Bertin, E. *Gérontologie, Psychanalyse et Déshumanisation*. Paris. L'Harmattan. 1999

Grâce à nos développements précédents nous pouvons avancer que ces espaces ne sont pas vides. Ainsi, la mise en échec, la disqualification de la déontologie permet la mise en place dans ce lieu d'une anti-déontologie, que l'on peut formaliser par un sixième schéma :



On peut observer que l'interdit de maltraiter se trouve ici écarté. Postuler un espace de non-droit est donc nécessaire pour rendre-compte de la réalisation de ces actes.

Par ailleurs, Bertin tente d'expliquer les processus sous-tendant la création de tels espaces, rejoignant nos développements précédents sur la *verleugnung* et le clivage consécutif :

« Il nous semble que nous avons affaire à un clivage dont nous reparlerons plus loin, un clivage est lié au déni de la mort et à la souffrance au travail »[195]

Plus loin dans son ouvrage, elle tente de répondre à la question suivante : comment cela est-il possible d'un point de vue psychique ?

« L'être humain, dit-elle, met en place de stratégies de défenses individuelles, « les œillères volontaires » qui permettent de s'acheter une bonne conscience à bas prix.

Ces stratégies défensives ont une fonction première d'adaptation et de lutte contre la souffrance […] Tous ces processus sont des constructions. Ces types

[195] Ibid p.35

de constructions sont fragiles et précaires et suscitent de nombreuses décompensations psychiques.
Le clivage permet de conserver une forme de sens moral qui n'entre pas en relation avec la perception de la souffrance affligée à autrui (espace privé) et il suspend totalement le sens moral devant le spectacle de la souffrance ou à la collaboration à l'injustice.
Le clivage est une banalité psychologique. Il revêt chez chaque sujet une forme particulière en fonction de son histoire singulière. Le secteur clivé, celui où le sens moral est suspendu, se caractérise par la suspension de la faculté de penser. Le secteur à exclure de la pensée peut être la mort, la vieillesse »[196]

Nous ne sommes que partiellement d'accord avec les conceptions de l'auteur. Ses idées sur le clivage vont dans le sens de notre thèse et des développements effectués jusqu'ici. Quand à ce que le déni porte sur la mort ou la vieillesse, notre thèse a montré qu'un tel raccourci était loin d'être possible. Il occulterait toute la complexité de ces processus.
A propos de l'expression « œillères volontaires » utilisée descriptivement par rapport au déni, nous sommes également gênés. Dans sa définition même, le choix de ce terme porte à confusion : « …des deux pièces de cuir que l'on attache à la têtière d'un cheval, à la hauteur de l'œil, pour l'empêcher de voir de côté, l'obliger à regarder devant lui et protéger ses yeux du fouet ; Expression figurée : avoir des œillères, ne pas voir, ne pas comprendre certaines choses, par étroitesse d'esprit ou par l'effet de préventions, de préjugés »[197].
Ce choix introduit une distinction majeure quand à la manière de traiter la perception et nous renvois à la distinction en la scotomisation de Laforgue et la *verleugnung* de Freud. Le choix d'Evelyne Bertin renverrait plutôt à ce premier processus alors que cette thèse a démontré qu'il s'agissait d'un processus où le sujet a une part active. Nous conservons donc notre choix de la *verleugnung*.
Pour résumé, il ne suffit pas de dire que la déontologie, comme la loi, se trouve désavouer mais que son annulation et son remplacement dans l'enceinte de

[196] Ibid p.76
[197] Dictionnaire de l'Académie française, édition electronique.

l'espace anti-déontologique sont liés aux effets de ce pacte dénégatif institutionnel dont l'opérateur est le désaveu.
Comme annoncé, nous examinons maintenant la situation de dilemme moral dans laquelle Sylvie se trouve plongée.

10.2 Le dilemme moral.

Sylvie a donc à la fois l'obligation de maltraiter et l'interdiction d'effectuer un tel acte. Cette dernière étant liée à son sens du devoir, à ses principes éthiques, autant qu'au respect de la législation en vigueur. N'oublions pas que cette anti-déontologie vient se superposer à la logique que Sylvie entend suivre. Pour elle, *ne pas maltraiter* relève d'une obligation.
Cette idée de dilemme moral s'est surtout diffusée à travers les travaux du psychologue américain Lawrence Kohlberg (1927-1987). Citons notamment ses travaux sur le développement moral de l'enfant synthétisés dans ses « Essays on moral development ». La pratique de ces dilemmes a trouvé depuis de nombreuses applications en pédagogie, s'adaptant selon les tranches d'âges. Dans cette perspective le dilemme moral se fonde sur la méthode des conflits cognitifs. Cette dernière « consiste à provoquer chez ces derniers un déséquilibre moral qui stimule le fonctionnement moral »[198].
Le dilemme moral peut se définir comme suit : « une situation, réelle ou fictive, dont l'issue pose un problème de choix restreint (entre deux possibilités) sous une forme normative, pour lequel il n'y a pas de « bonne solution » […] A la différence d'un simple dilemme entre plusieurs moyens ou entre différentes options selon des préférences individuelles, le dilemme moral me place devant le choix d'un jugement ou d'une action qui n'est pas sans conséquence pour autrui »[199].
Voici un des dilemmes classiques utilisés par Kohlberg pour ses observations. Il s'agit du *dilemme moral de Heinz* :

[198] Bouchard, N ; Laprée, R. *Eduquer le sujet éthique*. Sainte-Foy. PUQ. 2004. p.98
[199] Leleux, C. *Réflexions d'un professeur de morale*. Bruxelles. Démopédie. 1997. p.7

« La femme de Heinz est très malade. Elle peut mourir d'un instant à l'autre si elle ne prend pas un médicament X. Celui-ci est hors de prix et Heinz ne peut pas le payer. Il se rend néanmoins chez le pharmacien et lui demande le médicament, ne serait-ce qu'à crédit. Le pharmacien refuse.
Que devrait faire Heinz ? Laisser mourir sa femme ou voler le médicament ? »[200]

Aussi enfantin que ce dilemme puisse paraître, il a le mérite de mettre en évidence dans cette situation la difficulté à distinguer les différentes modalités déontiques. Comment faire un choix lorsque faire son devoir, agir selon ses sentiments, sa conscience, implique la transgression d'un interdit ? Et lorsque cette non-transgression impliquerait la mort d'une personne chère, d'une vie humaine en général.

Dans la situation de Sylvie se retrouve des coordonnées similaires. Ainsi, un des effets du dilemme moral est d'induire une sorte d'oscillation dans le procès du choix conduisant en somme à sa paralysie. Car il n'y a pas de « bon » choix. Tout choix implique qu'une des parties soit lésée.
Dans nos entretiens, Sylvie présente le dilemme moral dans lequel elle se trouve :

Sylvie : « Quand elles étaient deux par étages et qu'elles me disaient : « ça fait un mois qu'on donne pas les douches », moi personnellement j'aurai donné mes douches. Je finis à 13h, je finis à 13h. Le problème, c'est que tu décales tous les autres services. Si je suis seule à le faire ça ne va pas passer donc il aurait fallu être toutes solidaires prouver que si on veut faire du bon boulot, il fallait donner toutes les douches. »

Clinicien : « ça ne s'est pas fait pourtant ? »

Sylvie : « ça ne s'est pas fait parce qu'elles n'ont pas voulu. Parce qu'elles ont peur de retarder la cuisine, elles ont eu peur de retarder la lingerie, elles ont eu peur de retarder la relève… »

[200] Ibidem.

Le dilemme de Sylvie pourrait se formuler de la façon suivante : Sylvie est aide-soignante dans un EHPAD public. A son retour de vacances, elle découvre que les douches des résidents dépendants n'ont pas été données depuis un mois. Que devrait faire Sylvie ? Ne pas donner de douches ou donner les douches au risque de décaler les autres services, de s'inscrire en marge de ses collègues et de transgresser la prescription hiérarchique l'obligeant à assurer la continuité du travail ?

Les principes éthiques censés guider son choix ne trouvent, dans ce contexte, aucune place pour s'exprimer. Toute réflexion et démarche éthique sont ici exclus. Il n'y a pas non plus, du côté de la morale, de « bon » choix possible. Sylvie se trouve prise entre l'obligation d'un acte qui est pourtant interdit et une contradiction déontique où l'acte de maltraiter est à la fois autoriser et interdit.
Il est vrai que cette institution ne laisse aucune place à la démarche éthique, pourtant c'est bien lorsque la pratique du soin conduit à un dilemme qu'il conviendrait de la mettre en œuvre. Avant de développer cette idée, il est nécessaire d'apporter quelques précisions supplémentaires sur la situation de notre aide-soignante. Il faut pour cela dépasser le dilemme moral.

10.3 Au-delà du dilemme moral : le paradoxe.

Le terme date du XVème siècle. Il fut : « emprunté, par l'intermédiaire du latin *paradoxon*, de l'adjectif grec *paradoxos*, composé à l'aide de *para* « contre », et *doxa* « opinion » ».[201]
En latin, *paradoxon* désigne en Rhétorique une phrase suspendue. Il s'agit d'une figure qui consiste à tenir l'auditeur dans l'incertitude de ce qu'on va dire et à lui montrer tout autre chose que ce qu'il attendait.
En philosophie, les éléments de définition qui vont suivre sont majoritairement admis : « Proposition qui, énonçant son propre contraire, paraît à la fois vraie et fausse ; raisonnement dont la conclusion contredit les prémisses ou qui engendre

[201] Dictionnaire de l'Académie Française. Edition électronique.

deux conclusions contradictoires »[202]. Le second sens s'apparente proprement à la logique.

Un célèbre exemple est connu sous le nom de paradoxe du menteur, ou encore paradoxe d'Epiménide. Ce poète crétois vécut au VIIème siècle av J-C. Une version tronquée de ce paradoxe se trouve dans la Bible, plus précisément dans l'Epitre de Saint-Paul à Tite, chapitre I – verset 12-13 :

« Un de leurs compatriotes, leur prophète, a dit d'eux : Crétois toujours menteurs, bêtes méchantes, ventres paresseux. Ce témoignage est véritable »[203]

Mais la définition paradoxale a été mise en évidence par Eubulide au IVème siècle av J-C[204]. L'abbé Barthélémy, dans son son ouvrage *Voyage du jeune Anarchasis en Grèce*, en donne une formulation claire et synthétique :

« Cependant l'infatigable Eubulide nous disait : Voici enfin le nœud le plus difficile à délier. Epiménide a dit que tous les Crétois sont menteurs ; Or, il était Crétois lui-même ; donc il a menti ; donc les Crétois ne sont pas menteurs ; donc Epiménide n'a pas menti ; donc les Crétois sont menteurs »[205]

Il peut se résumer ainsi : « Je mens ». Si l'énoncé est vrai alors c'est faux et si c'est faux alors c'est vrai. D'une autre manière, considérant l'énoncé « Cette phrase est fausse », il s'ensuit que si l'énoncé est vrai alors il est faux. Et si l'énoncé est faux alors il est vrai. Cette conclusion met en évidence son caractère paradoxal.

Paul Bogaards dans son ouvrage *Quitte ou double sens* propose une synthèse des travaux de logique et de métalinguistique sur le sujet parmi lesquels l'on peut citer ceux d'Alexandre Koyré à l'origine de la distinction entre énoncé et énonciation dans ce paradoxe. Il note :

---

[202] Ibidem.
[203] Bourassé, J-J ; Janvier, P. *Bible de Tours*. Paris. Jean de Bonnot. 1985
[204] Philosophe grec né à Milet. Il vécut pendant la seconde moitié du IVème siècle av J-C, et il fut disciple de d'Euclide de Mégare. Il fut une des figures majeures de l'école mégarique.
[205] Barthélémy, J-J. *Voyage du jeune Anarchasis en Grèce*. Paris. Didot. 1817

« La proposition logique *je mens* ou *je dis le faux* est un paradoxe, puisqu'en disant *je mens*, le (je) locuteur ne ment pas. Au contraire, *tu mens* est parfaitement clair, et aucun pronom personnel autre que *je* ne fait surgir de paradoxe.
Le fondement principal de la parole est que le locuteur est censé exprimer ce qu'il pense être le vrai, plutôt que l'inverse ; dans ce paradoxe, le locuteur (je) qui est supposé ne pas mentir, est repris par le pronom sujet *je* qui fait un mensonge. Le cumul compatible normal de l'énoncé et de l'énonciation (je) *je*…devient une contradiction. »[206]

Un autre point de vue inspiré des travaux de Wittgenstein et de Tarski, en logique cette fois, apporte un éclairage supplémentaire. Il s'agit de celui de Bertrand Russell[207] :

« Tarski a montré que les mots « vrai » et « faux » lorsqu'ils s'appliquent aux phrases d'un langage donné requièrent toujours un autre langage, d'un ordre supérieur, à défaut de quoi, ils ne peuvent se définir adéquatement. […] En vertu de l'argument développé par Tarski, il est clair que les mots « vrai » et « faux » ne peuvent pas se produire dans le langage primaire, car ces mots, dans la mesure où ils s'appliquent à des phrases dans le Nième langage, appartiennent au (n+1ème langage [Nième + 1 langage]). »[208]

Cette idée de métalangage, permettant de décrire le langage, en somme un langage sur le langage, permet d'aborder le paradoxe du menteur sous un autre aspect. Watzlawick, et ceci me permet de l'introduire, en note les incidences dans sa logique de la communication :

« Appliquons ce concept de niveaux de langage à l'antinomie sémantique du menteur : nous voyons que l'affirmation qu'elle contient, bien que constituée de trois mots seulement, contient en fait deux énoncés. L'un appartient à la

[206] Bogaards, P & al. *Quitte ou Double sens.* Amsterdam-New York. Rodopi. 2001. p.298
[207] Russell (18 mai 1872, Tellek – Monmouthshire, 2 février 1970) fut un des plus grands mathématiciens et logiciens du XXème siècle. Il est notamment considéré comme un des fondateurs de la logique contemporaine.
[208] Russell, B. *Signification et vérité*. Paris. Flammarion. 1959

langue [le je], l'autre est au niveau de la métalangue, et dit quelque chose sur le premier, à savoir qu'il n'est pas vrai. »[209]

La littérature spécialisée abonde concernant ce paradoxe. Nous renvoyons le lecteur intéressé.
Les éléments de définition présentés nous amènent aux travaux de Watzlawick sur les injonctions paradoxales. L'étude porte cette fois sur les effets du paradoxe sur le comportement d'un sujet. On parle donc de paradoxe pragmatique. Les travaux de Watzlawick s'inscrivent dans le cadre de la fameuse école dite de Palo Alto (Californie). Citons parmi ses membres historiques Donald.D.Jackson, J. Helmick Beavin, Virginia Satir, etc. Ils furent réunis sous l'impulsion de l'anthropologue Gregory Bateson suite à un financement de recherche obtenu pour l'étude des effets de la communication paradoxale. Les travaux de cette école sont à l'origine de ce qu'on nomme aujourd'hui la thérapie familiale et systémique. Son apport concernant les effets pathologiques du système d'interactions dans la schizophrénie est également fondamental.
Présentons maintenant la question du paradoxe pragmatique et précisément le concept de double-contrainte.

10.3.1 Le double-bind.

Le concept de double-contrainte ou double-bind se rencontre dans des situations où un individu est inséré dans un système de communication où coexistent des injonctions ou des prescriptions paradoxales. Watzlawick cite un exemple tiré de l'ouvrage : « Elements of Symbolic logic » où Reichenbach propose une version du paradoxe du Barbier qui diffère ponctuellement de son exposé classique :

« Sans raison précise à première vue, le barbier est un soldat à qui son capitaine ordonne de raser tous les soldats de la compagnie qui ne se rasent pas

[209] Watzlawick, P. *Une logique de la communication*. Paris. Seuil. 1972. p.194

eux-mêmes, et aucun autre. Reichenbach arrive naturellement à la seule conclusion logique que le « barbier de la compagnie, au sens qui a été défini n'existe pas » ».[210]

Watzlawick et ses collaborateurs voient ici un exemple type de paradoxe pragmatique. Trois caractéristiques en sont dégagées :

« 1. Une forte relation de complémentarité (officier-subordonné)

2. Dans le cadre de cette relation, une injonction est faite à laquelle on doit obéir, mais à laquelle il faut désobéir pour obéir (l'ordre définit le soldat comme se rasant lui-même si, et seulement si, il ne se rase pas lui-même, et vice-versa).

3. L'individu qui, dans cette relation, occupe la position « basse » ne peut sortir du cadre, et résoudre le paradoxe en le critiquant, c'est-à-dire en métacommuniquant à son sujet (cela reviendrait à une « insubordination »).

Un individu pris dans une telle situation se trouve dans une position *intenable*. »[211]

L'auteur souligne qu'il est possible, par un certain nombre de procédés, d'empêcher un individu de métacommuniquer pour essayer de sortir de cette situation. Il prend à titre d'exemple un passage de l'ouvrage : « De l'autre côté du miroir » de Lewis Carroll :

« Bloquer les métacommunications, dit-il, pour empêcher quelqu'un de sortir d'une situation intenable est un procédé que connaissait bien Lewis Carroll. Revenons à Alice : les questions de la Reine Rouge et de la Reine Blanche ont fini par lui faire perdre connaissance ; les deux Reines l'éventent avec des feuilles jusqu'à ce qu'elle revienne à elle, et le lavage de cerveau reprend :

[210] Ibid p.195
[211] Ibidem.

« - Elle est remise d'aplomb, à présent, déclara la Reine Rouge. Connaissez-vous les langues étrangères ? Comment dit-on turlututu en javanais ?

- « Turlututu » n'est pas de l'anglais », répondit, sans se départir de son sérieux Alice. »

- « Qui donc a prétendu qu'il le fût ? » dit la Reine Rouge.

Alice crut, cette fois, avoir trouvé le moyen de se tirer d'embarras :

- « Si vous me dites à quelle langue appartient « Turlututu », je vous le traduirai en javanais ! » déclara t-elle avec aplomb. »

Mais la Reine Rouge se redressa roidement de toute sa taille pour déclarer : « Les Reines ne font pas de marché »[212]

Watzlawick va insister sur l'impossibilté de métacommuniquer que comporte les injonctions paradoxales. Il propose l'exemple de la phrase : Chicago est trisyllabique. Il fait remarquer que la formulation est incorrecte. Chicago doit, dans ce cas, être entouré de guillemets pour la bonne et simple raison qu'il représente un nom-un mot et non un objet (la ville). L'auteur met en avant la distinction à faire dans cet exemple entre le registre de la langue-objet (chicago) et la métalangue (« chicago ») ; Pour illustrer l'injonction paradoxale à partir de cet exemple, Watzlawick imagine une situation où un homme dicterait à sa secrétaire la phrase suivante : *Chicago est une ville très peuplée et trisyllabique*, et qui menacerait de la licencier si « elle ne pouvait ou ne voulait l'écrire correctement »[213] précise t-il.

La question est ensuite posée de connaître les effets d'une telle injonction sur le comportement de la secrétaire. Voici la réponse apportée :

« Il n'est pas douteux qu'une communication de ce genre crée une situation intenable. Puisque le message est paradoxal, toute réaction à ce message à l'intérieur du cadre qu'il fixe, ne peut être que paradoxale, elle aussi. Il est absolument impossible de se comporter de manière cohérente et logique dans un contexte incohérent et illogique. Tant que la secrétaire reste dans le

[212] Ibidem.
[213] Ibid p.197

cadre que lui fixe son employeur, elle n'a que deux solutions possibles : tenter d'obéir et naturellement ne pas y réussir, ou refuser d'écrire quoi que ce soit. Dans le premier cas, on pourra l'accuser d'incompétence, et dans le second d'insubordination »[214]

Immédiatement, Watzlawick fait remarquer l'extrême difficulté d'utiliser la métacommunication en tenant compte de la position où se trouve la secrétaire. Si elle y avait recours, son patron pourrait utiliser des procédés analogues à ceux mis à l'œuvre dans l'exemple tiré de Lewis Carroll. Watzlawick laisse tout de même apprécier au lecteur la mesure de cette difficulté :

« Il faudrait que la secrétaire explique pourquoi cette situation est intenable et ce qu'elle ressent, ce qui en soi ne serait déjà pas si mal. D'autre part, parce que la métacommunication n'est pas une solution simple : le patron, usant de son autorité, peut fort bien refuser d'accepter qu'elle se place au niveau de la métacommunication, et y voir une preuve supplémentaire de son incompétence ou de son insolence »[215].

Watzlawick propose également plusieurs autres exemples pour étayer son propos puis en arrive à formuler une définition de la double contrainte mettant en vogue trois caractéristiques principales :

« 1. Deux ou plusieurs personnes sont engagées dans une relation intense qui a une grande valeur vitale, physique et/ou psychologique pour l'une d'elle, pour plusieurs ou pour toutes…

2. Dans un tel contexte, un message est émis qui est structuré de manière telle que : a) il affirme quelque chose, b) il affirme quelque chose sur sa propre affirmation, c) ces deux affirmations s'excluent.

Ainsi, si le message est une injonction, il faut lui désobéir pour lui obéir ; s'il s'agit d'une définition de soi ou d'autrui, la personne définie par le message n'est telle

[214] Ibidem
[215] Ibid p.198

que si elle ne l'est pas, et ne l'est pas si elle l'est. Le sens du message est donc indécidable…

3. Enfin, le récepteur du message est mis dans l'impossibilité de sortir du cadre fixé par ce message, soit par une métacommunication (critique), soit par le repli. »[216]

Ces définitions posées, nous pouvons maintenant revenir à la situation de Sylvie et à la nature de cette injonction qui lui ordonne de maltraiter.

10.3.2 Maltraitance institutionnelle et double contrainte.

Les effets de la prescription hiérarchique sur Sylvie ne vont pas sans évoquer la définition de la double contrainte donnée par Watzlawick. Dans un chapitre précédent, la réponse de la surveillante à Sylvie : « Tu es trop perfectionniste » s'était révélée pouvoir se décomposer, dans sa structure implicite en un certain nombre de prescriptions. Nous avions noté que le message était initialement reçu par Sylvie sous sa forme inversée : « Sois moins perfectionniste ! », autrement dit : « Continues à être négligente dans ton travail ! ».

Un impératif sous-jacent avait pu être dégagé en dernière analyse : « Maltraites ! ». Le choix de Sylvie consistant à continuer le travail sans pourtant accepter la prescription donnée met en lumière un premier aspect de cette double contrainte : en effet, en désobéissant, Sylvie obéit car nous avions vu que la poursuite du travail était le sens véritable du message de la surveillante. La première caractéristique de ce message peut se résumer ainsi :

1. Sylvie doit désobéir pour obéir (la structure du message implique qu'il ne pourrait en être autrement).

A l'inverse, tenter d'obéir à la prescription apparaît comme un projet présentant certaines difficultés. Obéir équivaudrait à changer de registre : passer de la maltraitance par négligence à de la maltraitance active. La négligence ne pouvant

[216] Ibid p.212-213

pas se prescrire. Ce « soyez négligent » évoque l'exemple donné par Watzlawick : « Soyez spontané ! ». L'auteur en donne un commentaire :

« Si l'on demande à quelqu'un d'adopter un certain type de comportement, jugé jusque-là comme spontané, il ne peut plus être spontané, parce que le fait de l'exiger rend sa spontanéité impossible ».[217]

Dans le même ordre d'idée, on a vu que la maltraitance par négligence dépendait du contexte, des conditions de travail (sous-effectif…). Répondre à la prescription de ce type d'actes est donc impossible car ces derniers ne se définissent pas comme des actes de maltraitance active (coups, blessures infligées, viols, insultes…). Cette dernière, qui n'est pas l'objet de notre étude, concerne le soignant dans sa problématique psychopathologique singulière.
Répondre à l'injonction serait donc impossible car cela impliquerait un changement dans la définition et la nature de l'acte réalisé. Une deuxième caractéristique peut être posée :

2. Il est impossible d'obéir à la prescription.

Assez d'éléments ont été mis en évidence pour conclure que la prescription de l'acte de maltraitance par négligence présente les mêmes coordonnées structurelles que l'injonction paradoxale et sa double contrainte corrélative.
On peut également noter à propos du : « Tu es trop perfectionniste » qu'il comporte certaines analogies avec ce que Weakland et Jackson appelle l'illusion du choix possible. En effet, cet énoncé, s'inscrivant dans une double contrainte, il n'y a donc pas de « bon » choix faisable. Nous avions mis en lumière, dans un précédent chapitre, que le désaveu permettait cette absence de changement suite à la dénonciation de Sylvie. Ce « Tu es trop perfectionniste » reviendrait donc à dire : « Changes…mais ne changes pas ». « Changes », c'est-à-dire « sois moins perfectionniste » mais vu que ce dernier message revient à continuer le travail dans les mêmes conditions, à encourager la maltraitance par négligence, alors le « ne changes pas » apparaît clairement. Cette prescription

[217] Ibid p.141

place donc Sylvie dans cette position insoutenable évoquée par Watzlawick et met au jour la souffrance au travail des soignants évoluant dans cette configuration.

10.4. Conclusion

Ce détour pluridisciplinaire a permis, à travers la mise en lumière d'un état d'échec de la déontologie, de préciser et d'analyser toujours plus finement les effets du désaveu. Cet échec voire cette annulation s'est avérée lors de l'analyse des prescriptions déontologiques en jeu dans l'institution à l'aide de la logique déontique, où celles-ci ont montré leur caractère contradictoire. Ces mécanismes institutionnels, liés au désaveu, et la souffrance qu'ils induisent chez les soignants ont clairement pu être mis en évidence. La clinique que nous avons analysé a ainsi permis de mettre en lumière la situation de dilemme moral dans laquelle se trouvent enfermés les soignants et par ailleurs la situation de double-contrainte (en référence aux injonctions paradoxales de Watzlawick) mise en œuvre par la prescription déontologique plaçant les soignants dans une position difficile à soutenir.

Ces développements ouvrent donc la voie à l'étude de la contrainte de répétition dans laquelle le soignant se trouve prit. Contrainte dont l'étude de la logique déontique, des dilemmes et paradoxes a tracé les contours ; et a permis de révéler l'ampleur du fait institutionnel et son impact mortifère sur les soignants et leurs pratiques.

Cette dimension contraignante représente le point de départ de la troisième partie de notre travail dans le sens où elle ne peut que précipiter le soignant dans la répétition de l'acte de maltraitance. L'origine de cette contrainte semble, sans aucun doute institutionnelle et comme nous le faisions remarquer en introduction, elle vient entraver le processus de pensée chez les acteurs du soin. D'où son lien à la répétition, à l'échelle institutionnelle, qui apparaît ici avec encore plus de clarté.

Troisième partie

Axe transversal : la répétition, corrélat du désaveu

Vers une potentialité clinique



Sisyphe, 1920

Huile sur toile.

Franz von stuck.

D’emblée une question se pose : pourquoi un axe transversal ? Une problématique centrale travaillée autour du désaveu n’est-elle pas suffisamment explicite ? En un sens, il est possible de répondre par l’affirmative mais non loin de s’en contenter il est envisageable de travailler sur ce dont justement elle n’explicite pas, du fait de cette centration à laquelle la rigueur méthodologique la contraint. Dimension de l’implicite donc, se creusant au fur et à mesure du développement de la recherche, traversant de part en part celle-ci.

Un implicite qui, exclut, laisser en l’état, priverait cette recherche d’un axe transversal mais essentiel, apportant un éclairage supplémentaire à celle-ci.

Ainsi, comme annoncé en introduction, l’impensé de la maltraitance, maintenue en désaveu, prédispose à sa mise en acte répétée les acteurs de l’institution. La répétition apparaît à ce stade comme le corrélat du désaveu, l’un impliquant l’autre.

Plusieurs solutions peuvent être envisagées pour introduire et travailler ici le phénomène de répétition : la première consisterait à considérer le problème avec les apports de l’analyse institutionnelle. Perspective intéressante à plus d’un point de vue mais dont la dimension réductrice, excluant le rapport des soignants à l’institution, nous écarte d’emblée et serait en complète contradiction avec le sens de notre démarche heuristique. Pour suivre celle-ci, il faut renverser la perspective et prendre comme base de départ l’expérience des soignants concernant la répétition dans une approche clinique du dire, à travers leurs récits.

André Quaderi, par son article « Violence traumatique en gériatrie », nous en fournit le point de départ à travers le concept de « compulsion organisée » (Quaderi, 2004). Œuvre d’une pulsion de mort sous-jacente actionnant une compulsion à répéter, à l’échelle institutionnelle, les actes de maltraitance. Nous parlions de point de départ dans le sens où cette compulsion ne peut être dissociée de sa dimension contraignante, générant inévitablement une souffrance au travail pour les soignants, à laquelle nous sommes attentifs.

11. La compulsion organisée.

Le repérage de la souffrance constituant notre de point de départ dans une dimension éthique, une question peut ainsi nous servir pour initier ce chapitre : qu'apprend-on de Frédérique, Sylvie et Emilie, à travers nos entretiens, sur la compulsion de répétition et sur la dimension contraignante qui lui est liée ?
Il est aisé de remarquer que l'expression de cette dernière n'est pas à situer dans un des temps de nos entretiens mais qu'elle traverse l'ensemble de ceux-ci. La contrainte exercée par l'institution sur elles se dégage de l'intégralité de leurs récits. Du « on a pas le choix » de Sylvie au « on est obligé » d'Emilie en passant par la formule de Frédérique « il faut que ça rentre dans les clous » et la figuration du robot-soignant, cette force contraignante est mise par les soignantes au premier plan. Chacune de ces formulations se trouve d'ailleurs liée à la continuation du travail, c'est-à-dire à une contrainte de continuité des investissements envers l'institution. La formule d'Emilie, remise dans son contexte, est une allusion directe à cette contrainte vécue. Ainsi, je lui demandais comment se passaient les actes de toilettes quotidiens lorsque les effectifs d'aides-soignants se trouvent réduit. Emilie évoquait juste avant le temps passé d'un quart d'heure maximum avec la personne :

« Par exemple avec Mme G, qui est grabataire et Alzheimer, en plus qui crie tout le long...donc c'est un peu plus long même…parce qu'elle se débat, elle frappe…Et on la force au cas…comment vous dire…pour la tourner dans un sens presque on n'y va…pas violemment mais…vous voyez…on est obligé de forcer parce qu'elle se laisse pas faire du tout. »

On aurait tort de croire qu'à travers le pronom personnel « on », Emilie évoque seulement le collectif des soignants. Derrière ce « on » se trouve le poids de la contrainte imposée par l'institution. Et d'ailleurs ce qui se déduit logiquement de cette formule « on est obligé » d'accomplir tel ou tel acte, c'est bien un « pour faire notre travail, pour qu'il continue ». Ce que nous avions précédemment

étudié concernant la déontologie va ici au-delà de celle-ci, se transcende par le principe de constance œuvrant à la perpétuation de l'institution. La cause souffrance provoquée par celle-ci chez Emilie se déchiffre aisément : si le principe ayant droit dans l'institution est lié à sa propre constance, cette dernière s'assure ici au détriment de son idéal de son soignante. Cette mise hors-champ de l'idéal au sein de l'institution occupera d'ailleurs, chez Sylvie, une place centrale dans son discours. Ce dernier par le mouvement de résistance qu'il véhicule révèle de manière encore plus explicite l'existence de cette contrainte de répétition. Sa démarche envers sa surveillante pour dénoncer ce système témoigne de sa lutte contre la compulsion et son caractère contraignant. Sa souffrance au travail, son sentiment de ne pas faire « correctement » son travail est directement lié à l'existence de cette force, si on met en avant le fait qu'elle contraint de céder un idéal. Cette expérience étant figurée par Frédérique à travers la chute, la réduction du soignant à l'état de robot, d'automate. Image du soignant soumis à la compulsion de répétition, mais pas seulement. Cette image du robot est également intéressante à analyser en déduisant ce qu'elle ne montre pas, ce qu'elle ne peut renvoyer. Déduction s'opérant à partir du discours des soignants dont deux thèmes se dégagent principalement : la force contraignante et l'impensé.

En effet, la figure du robot permet ici d'envisager la contrainte qui s'exerce sur les soignants sous un autre aspect, complémentaire du précédent. Sylvie l'évoquait directement lorsque nous l'interrogions sur ce qui, d'après elle, manquait à la relation de soin dans ce contexte de travail : la pensée disait-elle. La contrainte exercée sur les soignants, les soumettant à la répétition de l'acte de maltraitance, entrave le processus de pensée. Ce qui permet de reprendre ici ce que nous avions souligné lors de l'introduction de ce travail : l'existence de contraintes à penser. Apparaissant ici comme directement liée à cette contrainte de répétition. Ce lien entre répétition et impensé mérite un examen attentif où l'apport de la psychanalyse sera opportun.

11.1 Répétition et impensé.

11.1.1 La répétition : apports psychanalytiques.

Nous avancions plus haut que l'impensé de la maltraitance, corrélatif de son désaveu, prédisposait les soignants à la répétition de l'acte. Cette hypothèse mérite un rappel de ses fondements psychanalytiques, freudien dans un premier temps à travers l'article « répétition, remémoration et perlaboration » de 1914. Dans cette article technique, Freud expose un point de divergence fondamental entre ce qu'il nomme l'ancienne technique, l'hypnose dont les visées thérapeutiques étaient l'abréaction et le rappel du souvenir mais tendant à méconnaître une force directement liée au processus pathogénique : la résistance ; et la technique psychanalytique où cette même résistance, ici prise en compte et travaillée dans le traitement, œuvre contre la remémoration de ce souvenir. Freud en décrit une manifestation fondamentale à travers l'exemple de la cure d'un de ses patients :

« L'analysé ne dit pas qu'il se rappelle avoir été insolent et insoumis à l'égard de l'autorité parentale, mais il se comporte de cette façon à l'égard de l'analyste. Il ne se souvient pas de s'être senti, au cours de ses investigations infantiles d'ordre sexuel, désespéré et déconcerté, privé d'appui, mais il apporte quantités d'idées et de rêves confus, se plaint de ne réussir en rien et accuse le destin de n'arriver jamais à mener ses entreprises à bonne fin. Il ne se rappelle plus avoir éprouvé un intense sentiment de honte de certaines activités sexuelles et avoir redouté leur découverte, mais il montre qu'il a honte du traitement auquel il s'est soumis et tient absolument à tenir secret ce dernier, et ainsi de suite »[218].

Freud met donc en avant les liens existant entre la répétition et le transfert, en mettant en lumière ce que représente la répétition dans le transfert. Toutefois pour parvenir à la thèse soutenue dans cet article, il ajoute un élément tiers dans cette relation incarné par la résistance. Freud note que son patient, après

[218] Freud, S. *Répétition, remémoration et perlaboration.* Paris. PUF. 1999 (1914) p.108-109

l'énonciation de la règle fondamentale, développe une attitude consistant à *déclarer qu'il n'a rien à dire, à rester silencieux et prétendre ne penser à rien*. En lien avec le passage cité plus haut, Freud voit dans ce comportement la « répétition d'une attitude homosexuelle qui prend la forme d'une résistance contre l'apparition de ce souvenir »[219]. Ces rapports entre résistance, répétition et transfert énoncés, il est possible désormais d'en venir à la thèse centrale de Freud dans cet article à savoir que le patient met en acte, à travers la répétition, ce dont il ne peut se souvenir :

« …nous pouvons dire qu'ici le patient *n'a aucun souvenir* de ce qu'il a oublié et refoulé et ne fait que le *traduire en actes*. Ce n'est pas sous forme de souvenir que le fait oublié reparaît, mais sous forme d'action. Le malade *répète* évidemment cet acte sans savoir qu'il s'agit d'une répétition. »[220]

La résistance à l'œuvre se devine ici aisément et Freud note un rapport étroit entre l'intensité de la résistance et la mise en acte comme substitutive du souvenir lors de la cure. Avant de poursuivre l'analyse de cet article, la question d'un possible rapprochement entre sa thèse principale et la notre sur la maltraitance en institution gérontologique mérite d'être posée. Le statut du souvenir dans l'une autant que dans l'autre peut apporter plusieurs éclaircissements. Freud soulève un point de technique analytique qui pourra donner matière à comparaison. Il met en avant l'important pour l'analyste de ne pas traiter la maladie du patient en la considérant comme liée au passé du patient mais en tenant compte de l'actualité avec laquelle se manifeste dans la cure. Mais la fonction de l'analyste consiste à rapporter au passé ce que le patient vit comme *réel* et *actuel*.
Nous reposons donc la question d'un rapprochement possible concernant le statut du souvenir à laquelle le chapitre suivant tentera de répondre.

[219] Ibidem.
[220] Ibid p.108

11.1.2 L'impossible mise au passé.

Cette dimension de l'actuel soulignée par Freud ainsi que cette souffrance au présent est au premier plan de nos entretiens, mais quand au possible écueil pour l'analyste de n'y voir qu'une évocation du passé, celui-ci ne se présente pas à nous, bien que le cadre soit différent, dans les entretiens menés avec Frédérique, Sylvie ou Emilie. En effet, l'ensemble des dires de celles-ci est au présent. Notons, toutefois, que lorsque Sylvie emploi le temps passé pour évoquer une période marquée par un important manque d'effectif, ce n'est pas pour évoquer un contexte de travail et des pratiques maltraitantes révolues. Elle le souligne d'ailleurs en fin d'entretien : « Si ça change tant mieux ». Cette absence de changement appuie fortement le fait d'actualité de sa souffrance au travail. Sylvie et ses collègues, n'évoquent pas les souvenirs d'un temps révolu, d'une période ou d'une phase traversée par l'institution mais bien plutôt une expérience vécue comme ce que Quadéri désigne par un présent perpétuel (Quadéri, 2004), relevant ainsi la marque de la compulsion de répétition. Dans ce cas, ce que les soignantes ressentent de *réel et d'actuel* l'est effectivement. A ce stade d'élaboration, l'objection suivante pourrait m'être adressée : pourquoi se référer ici à la théorie freudienne puisque, manifestement, il ne s'agit pas pour les soignantes d'une répétition agie de l'acte de maltraitance liée à une impossible remémoration ?

En effet, comment *rapporter ce que nous voyons au passé* lorsque l'aliénation à ce présent perpétuel et le poids de cette contrainte à répéter sont si prégnants et actuels ?

Il semble que l'à-propos du texte freudien malgré les évidences dégagées soit d'actualité ici. Ce qui se manifesterait à travers les entretiens justement par ce qu'ils ne montrent pas. En effet, n'y apparaissent aucun souvenir comme nous le mentionnons. La maltraitance n'est pas conjuguée au passé ; ses représentations ne sont pas remémorées comme des souvenirs mais dans une évocation de l'actuel. La question du souvenir et de son statut mérite d'être une nouvelle fois reposée dans ce contexte. Si Freud décrit une répétition agie en lieu et place de l'acte de se souvenir, qu'en est-il ici ? Nous avons déjà mis en évidence

l'existence d'une répétition de l'acte de maltraitance et nous venons de noter que celle-ci n'était pas de l'ordre du souvenir au sein de l'institution.

Malgré ces constatations, nous pouvons sensiblement appliquer ici la thèse freudienne à une nuance près : en effet, les sujets de l'institution mettent ici en acte ce qu'ils ne peuvent se souvenir mais dans le sens où la maltraitance se trouve en incapacité de faire souvenir à travers le statut où celle-ci la place. Nous revenons ici à un point d'intersection entre l'axe central et l'axe transversal de notre thèse. Le statut désavoué de la maltraitance est ici à retravailler dans le sens où il entrave la construction du souvenir. Bien que l'impossible remémoration d'une maltraitance en désaveu paraisse évidente, il semble opportun d'en démonter les rouages ainsi que l'implication de cet opérateur dans la construction de ce présent perpétuel dont nous parlions. En effet, le désaveu ne pourrait produire d'autres temps. En rendant l'acte de maltraitance nul et non avenu, le désaveu est directement lié à cette absence de remémoration. L'acte désavoué au sein de l'institution équivaut à un acte qui n'a pas eu lieu. Il ne peut donc acquérir le statut de souvenir due à une impossible mise au passé et condamne les soignants à la répétition de l'acte. Répétition qu'il rend possible en un sens par l'absence d'inscription de l'acte qu'il permet ; l'acte n'étant pas historicisé, est perpétué, répété comme initial, conservant son caractère primitif.

Le désaveu travaille en sens inverse des processus mnésiques : si le souvenir est par définition lié à une trace précise, déterminée et située d'un évènement, le désaveu, par le mouvement de déni de la maltraitance qu'il comporte, tend à l'effacement de la trace en rendant le souvenir insituable dans le temps et indéterminable. Ce même déni disqualifiant d'emblée toute historicisation possible du phénomène au sein de l'institution. Ceci s'explique, outre par cette impossible mise au passé, par le désaveu du sens de la réalité de la maltraitance. En d'autres termes par la ou les implications possibles qui découleraient de la reconnaissance d'une telle perception.

Dés lors, nous pouvons aller en amont de l'idée d'une impossible remémoration en évoquant l'action du désaveu autour de l'impossibilité d'une mise en mémoire. Ainsi, avec les précisions contextuelles apportées, nous pouvons continuer à dire avec Freud que là où il y a répétition il n'y a pas souvenir mais noter que l'action

du désaveu ajoute une impossibilité de mémorisation. L'acte de maltraitance ne faisant pas mémoire, la contrainte de répétition ne peut que se manifester institutionnellement dans une fatalité chez les soignants. Toutefois, l'aspect institutionnel de la répétition n'est pas le seul modèle explicatif et se centrer sur celui-ci renverrait au second plan un point pourtant tout aussi essentiel : à savoir que ce que nous étudions ici de la répétition est avant tout rapporté dans les entretiens cliniques. Ainsi, notre question introductive dans ce travail peut ici se reposer : quel est l'enjeu de ce qui est transféré, rejoué de cette répétition de la maltraitance au sein de la relation clinique et de l'espace de parole qu'elle propose ?
Le thème de cette question étant analogue à celui de l'article de Freud dont nous avions laissé l'analyse en suspens, nous l'aborderons par cette voie.

11.2 Répétition et transfert.

Freud précise par la suite les liens existant entre la résistance, la répétition et le transfert à travers l'exemple des valences alternativement positive et négative de ce dernier :

« Lorsque le traitement débute sous les auspices d'un transfert positif faible, modéré, l'exhumation des souvenirs est, au début, aussi facile que dans l'hypnose et les symptômes morbides s'apaisent aussi pour un temps. Toutefois si, par la suite, le transfert devient hostile ou excessif et qu'il exige, par cela même, le refoulement, le souvenir fait aussitôt place à la mise en actes. A partir de ce moment, les résistances vont déterminer l'ordre des diverses répétitions. »[221]

Dans ce passage, Freud met clairement en évidence la corrélation ayant lieu entre la résistance par le transfert et la répétition. L'agir répétitif sera d'autant plus fréquent que la résistance manifestera en intensité, et l'exemple du transfert négatif en est caractéristique.

[221] Ibid p.110

Freud poursuit son analyse au-delà de cet aspect corrélatif pour dégager la commutation existante entre le transfert et la répétition (Assoun, 2007) :

« Nous observons bientôt que le transfert n'est lui-même qu'un fragment de répétition et que la répétition est le transfert du passé oublié, non seulement à la personne du médecin mais aussi à tous les autres domaines de la situation présente. »[222]

Ce mode ou cette façon spécifique qu'à le sujet de se souvenir à travers l'agir répétitif est lié, souligne Freud, non seulement à la relation analytique mais peut également se manifester en dehors de la cure lorsque l'analysé s'engage dans une relation amoureuse ou dans une entreprise particulière. Freud évoque plus loin de possibles désastres lorsque le patient se met à agir *en dehors du transfert.* Ce qui lui permet de formuler des hypothèses sur des questions de technique analytique qui, légitimement, se posent lorsque l'analyste se trouve à faire face à ce type de comportement. Il rappelle ainsi qu'un des buts poursuivis par l'analyste est le rappel, la reproduction du souvenir dans l'espace psychique.

« Afin de maintenir sur le terrain psychique les impulsions que le patient voudrait transformer en actes, il entreprend contre ce dernier une lutte perpétuelle et quand il arrive, grâce au travail de la remémoration, à liquider ce que le patient voudrait décharger par une action, il considère ce résultat comme un triomphe du traitement. »[223]

Sans la citer, Freud place la résistance du patient au centre de ces considérations techniques. C'est d'ailleurs à elle qu'il fait allusion lorsqu'il précise que la nouvelle technique ne permet pas, au gré de l'analyste, de susciter la remémoration comme le permettait l'hypnose. L'allusion freudienne est plus qu'explicite : il faudra désormais compter avec la résistance. La *lutte perpétuelle* que Freud mentionne va dans ce sens et vient signer sa reconnaissance.

[222] Ibid p.109
[223] Ibid p.112

Il propose donc, en accord avec cet objectif de remémoration, un maniement spécifique du transfert en tentant de circonscrire dans son champ l'action de la compulsion à répéter :

« Nous lui permettons l'accès du transfert, cette sorte d'arène, où il lui sera permis de se manifester dans une liberté quasi-totale et où nous lui demandons de nous révéler tout ce qui se dissimule de pathogène dans le psychisme du sujet »[224]

Ici apparaissent dans le texte freudien les caractères intermédiaire et artificiel du transfert. Il devient un point de convergence et produit ainsi des significations qui lui sont directement rattachées, des *significations de transfert*. Il devient ainsi accessible au travail thérapeutique et permet la remémoration lorsque le patient a surmonté ses résistances.
Après avoir évoqué maintes fois la répétition, la remémoration et le lien qu'elles entretiennent, il est légitime de s'interroger sur la nature de ce qui est rejoué au sein de la relation analytique. Freud mentionne l'ensemble de ce qui peut être lié au refoulé et qui se trouve mêlés à des composantes de la personnalité : *inhibitions, attitudes inadéquates, traits de caractères pathologiques*. Inventaire dont l'exhaustivité pourrait probablement être étendu mais il convient toutefois d'en rappeler la circonscription, à savoir lorsque la valeur de remémoration de la répétition est engagée au sein du transfert.

11.2.1 La répétition de la répétition.

Ce qui est ici la thèse centrale de Freud, à savoir l'existence d'un lien entre répétition et remémoration, n'est pas directement transposable à la situation que nous étudions dans cette thèse. Certaines précisions ont ici leur place. En effet, nous avions mis en évidence l'entrave à la construction du souvenir sous l'effet du désaveu ainsi qu'un statut de la répétition autre que substitutif de la remémoration. Statut dérivant directement de cet impossible mise au passé.

[224] Ibid p.113

Toutefois, il est à ce stade légitime de s'interroger alors sur la nature de ce qui est transféré et rejoué au sein de la relation clinique si ce n'est pas le lien étroit avec le refoulé qui occupe ici la place centrale de notre théorisation.
La dimension de l'actuel, prégnante dans l'ensemble des entretiens avec Sylvie, Frédérique et Emilie semble fournir un élément non négligeable de réponse : le report de cette dimension au sein de la relation clinique à travers cette répétition de l'acte de maltraitance vécue et organisée dans et par l'institution. En synthèse, *la répétition de la répétition* pour reprendre une formulation de Michel de M'Uzan. Ce dernier se propose de distinguer dans les phénomènes de répétition le même et l'identique dans un article du même nom. Nous proposons de passer en revue ses idées directrices avant d'envisager par la suite les possibilités qu'offre le report de cette dimension au sein de la relation clinique.
M'Uzan met en évidence une distinction clinique fondamentale dans divers cas où la répétition engage la remémoration et pour d'autres où la valeur de remémoration est inexistante :

« On ne peut confondre cette répétition du même qui, dans sa variante cachée, engage en fait une remémoration, laquelle s'exprime dans des circonstances variées, dans un style parfois nuancé, avec la répétition de l'identique. Dans cette dernière la valeur de remémoration est nulle. »[225]

Bien que nous situons notre hypothèse du côté de cette seconde forme de répétition, il convient au préalable de préciser ce que M'Uzan entend signifier à travers ces catégories du même et de l'identique et surtout de préciser en quoi elles se lient ou pas à un fait de remémoration. L'auteur en donne les clés lorsqu'il formule sa thèse :

« Il convient de distinguer nettement deux types de phénomènes parmi ceux que l'on rapporte classiquement à la compulsion de répétition. Les uns ressortissent à une reproduction du *même* et sont le fait des structures chez lesquelles la catégorie du passé s'est élaborée suffisamment. Les autres, qui

[225] De M'Uzan, M. *Le même et l'identique* in *De l'art à la mort*. Paris. Gallimard. 1977 p.89

ressortissent à une reproduction de *l'identique*, sont le fait de structures chez lesquelles cette élaboration est défaillante »[226]

Rappelons que notre étude porte, non pas sur la structuration psychique de sujets singuliers, mais sur leur lien à une configuration et à des processus institutionnels. Nous porterons donc l'analogie dans ce champ.
Examinons ainsi ce phénomène de répétition grâce à l'éclairage apporté par l'auteur, au niveau sémantique voire étymologique dans un premier temps. L'adjectif *même* dispose d'une ouverture sémantique dont le terme d'*identique* n'est pas pourvu. Ainsi, cette idée d'identique qu'il contient est nuancée avec celle d'une ressemblance, d'une similitude, voire d'une *identité approximative* selon M'Uzan. Alors que l'adjectif *identique*[227], est dénué de toute approximation, il signifie l'absolument, le rigoureusement semblable à une chose. Dans ce sens, l'auteur note l'existence d'un changement, infime soit-il, lors de chaque répétition du *même*. Critère dynamique entièrement absent de la répétition de l'*identique*. Ce dernier type de répétition évoque l'idée d'une duplication, ce qui ne va pas sans faire écho avec le motif du double dont l'analyse des entretiens avec Sylvie et Frédérique notamment a permis de mettre en lumière. La formule de Sylvie « on est des robots » mérite une nouvelle fois d'être précisée. En effet, le principe de base d'une programmation robotique est la reproduction à l'identique d'une tache ou d'un objet donné. En lien avec celle-ci, Sylvie révélait l'absence de pensée à l'intérieur de ce fonctionnement. Celle-ci ne se trouvant pas nécessaire à l'exécution de l'acte, s'excluant *de facto* du système car elle représente le contraire du sens d'une programmation en venant apposer la signature de l'humain. Lorsque Sylvie rend compte de ce statut de la pensée devenue « en trop », elle dégage de ce fait une propriété de cette reproduction à l'identique dont parle M'Uzan, le défaut de représentation. Il rappelle avec Michel Fain que l'absence plus ou moins généralisée de cette activité représentative se trouve de près ou de loin liée aux phénomènes de répétition. Ce qui mérite ici d'être explicitée ne serait-ce que du point de vue économique dans un premier temps.

[226] Ibid p.88-89
[227] Du latin *idem*, le même.

En effet, il est opportun d'envisager sous quel régime énergétique se place cette forme de répétition au sein de la structure psychique institutionnelle. A ce propos, Quaderi note dans son article « Violence traumatique en gériatrie » que ce qui est prévalent dans l'institution maltraitante est le principe de constance :

« Son objet même ne peut donc être autre chose que de perpétuer sa propre organisation et de réduire les effets désorganisateurs »[228]

Dans ce sens, si *la régularité et la perpétuation institutionnelle* représentent la visée majeure de cette organisation alors le défaut de représentation qui se manifeste acquiert beaucoup plus de sens. Le principe de constance se caractérisant par le maintien de l'énergie au niveau le plus bas et le plus constant possible, il est intéressant ici de se pencher sur le phénomène de décharge qui va être une des options possibles en vue de l'application de ce principe. Et il est d'ores et déjà compréhensible que tout processus de pensée, toute activité représentative ne peut constituer qu'une entrave à ce phénomène de décharge directe, à l'œuvre dans la répétition de l'identique.
M'Uzan propose d'énoncer certaines des caractéristiques du fonctionnement économique de celle-ci :

« La valeur de tendance à la décharge de la répétition est accentuée. La répétition en cause est pour ainsi dire celle d'une expérience de décharge, où l'économique domine absolument »[229]

La prévalence de cette dimension semble évoquer un besoin impérieux lié à une décharge s'effectuant par les voies les plus directes possibles excluant ainsi toute possibilité d'émergence d'une activité représentative. A cet endroit, la spécificité de cette répétition à l'œuvre dans l'institution maltraitante apparaît avec plus de clarté. En effet, Sylvie évoquait cette répétition des gestes, des actes de soins à l'identique chaque jour, analogue à des taches pouvant être effectuées par un robot programmé, et dans le même sens cette monotonie de l'organisation du

[228] Quaderi, A. *Violence traumatique en gériatrie*. Op.cité
[229] De M'Uzan, M. *Le même et l'identique* in *De l'art à la mort*. Op.cité p.93

travail dont Quaderi faisait mention. Spécificité nous disions car ici l'identique vient signer l'indifférenciation entre un acte et son précédent. Ce qui nous ramène inexorablement à cette entrave à la construction du souvenir dont nous parlions. M'Uzan note à son tour un véritable court-circuit opéré sur la mémoire directement lié à ce défaut d'élaboration de la catégorie du passé. Carence qui est pour lui l'indicateur différentiel entre le même et l'identique, nous l'avons vu.
Précisons avec l'auteur, ce qui est entendu à travers cette catégorie du passé :

« Par le terme de passé je n'entends pas la somme des évènements vécus, mais leur *réécriture intérieure* – comme dans le roman familial – à partir d'un premier récit. J'utilise le terme de récit en raison de l'homologie de forme, de structure, entre cette histoire intérieure et une élaboration romanesque. »[230]

Dans notre étude institutionnelle, il n'existe pas de trace d'une histoire ou d'une quelconque mise en récit de l'expérience maltraitante. Les entretiens présentés ont montré l'absence de tout roman institutionnel qui viendrait signer la présence d'une mise au passé, et ont mis en évidence la prise des soignants avec ce présent perpétuel. L'existence d'une chronologie (M'Uzan, 1977), venant s'y substituer, semble plus à-propos, entendue comme la succession d'un ensemble de faits accomplis. Ordonnancement qui met ici en lumière l'absence d'adresse à l'autre, inhérente à la structure de tout récit. Un acte de maltraitance sans parole par conséquent, ce qui est autorisé dans l'institution du fait de leurs désaveux respectifs. Le soignant ne rencontre pas d'Autre dans sa hiérarchie prêt à entendre et à soutenir ce récit, l'exemple de la démarche de Sylvie envers sa surveillante en témoigne. Ce désaveu, central dans l'organisation institutionnelle oriente le statut de l'acte de façon à ce qu'il ne fasse pas mémoire.
Une fois cet examen de la nature de ce qui est répété et transféré au sein de la relation clinique, il est temps désormais de revenir sur le transfert en lui-même, et d'envisager les possibilités qui lui sont rattachées.

[230] Ibid p.87-88

12. Retour sur le transfert : horizons cliniques.

Au carrefour de l'intervention clinique singulière et institutionnelle, un évènement s'est pourtant produit : le transfert.

En effet, si comme nous l'avons vu une tranche de la psychopathologie institutionnelle est l'objet d'un report dans la relation clinique, cette dernière ne peut être exempt d'une implication singulière à travers le champ de la parole qu'elle réintroduit et comporte en elle-même une possibilité de subjectivation, d'affranchissement du collectif (Quaderi, 2004). Ainsi, au-delà de ce report dont parle M'Uzan et qui est lié à la répétition de l'identique s'offre une perspective singulière à travers le transfert rendu possible par la réintroduction de la parole et de l'autre, et dont le mouvement même est cette fois corrélé à la répétition du même avec le potentiel de changement qu'il implique.

Dans cette forme de répétition, M'Uzan souligne que la succession des répétitions ne sont peuvent plus être qualifiées d'identique mais de semblable, si infime que ce changement soit. En effet, lorsque j'interrogeais Sylvie sur la cause de son silence lors des actes quotidiens de toilette pour une dame qui n'utilisait que rarement la parole pour communiquer, elle me répondit qu'elle ne savait pas trop puis en reparla d'elle-même lors de l'entretien suivant :

« Sylvie : « Lundi, j'étais de soir et j'ai pensé à vous ! »

Clinicien : « A moi ? »

S : « Oui parce que je lui ai apporté son goûter et j'ai essayé de lui parler. Je lui ai dit : « Voilà Madame L, je vous apporte la compote avec l'eau gélifiée. » J'ai essayé…je dis pas pendant un quart d'heure…mais j'ai essayé d'avoir un peu de communication…Je me suis dit : « Pourquoi je n'y parle pas à cette femme ? »

C : « Et alors ? Quelle réponse avez-vous trouvé ? »

S : « Ben qu'après tout c'est une femme comme tout le monde…pourquoi ? »

C : « Pourquoi on lui parle pas ? »

S : « Ben je sais pas !...Parce qu'il y a pas de réponses, parce qu'il y a pas de réactions, parce qu'il y a pas…il y a rien…il y a pas de retour en fait. Mais bon est-ce qu'on est obligé d'avoir un retour pour avoir une communication ? Peut-

être un simple regard…Alors j'ai pensé à vous : « Il m'a demandé pourquoi je ne lui parlais pas, il faut que j'essaye. »

Ce qui est en jeu ici diffère point par point d'une répétition de l'identique où règne l'indifférenciation entre un acte et un autre. L'acte est cette fois reprit dans un récit adressé à l'autre et cette élaboration suppose le souvenir de l'acte précédent. D'où une différenciation instaurée impliquant une mise au passé qui va pouvoir être éprouvée cette fois dans l'actualité du transfert. Une dynamique de changement est désormais à l'œuvre où apparaît le même et non l'identique et qui signe une reprise discursive, l'intégration de la maltraitance à travers une mise en récit impliquant une activité de symbolisation de l'Autre. Champ de l'Autre qui se trouvait institutionnellement exclu par la mise en désaveu de la parole et de la réalité de la maltraitance.
Toutefois, cette modification du statut de l'acte à travers l'instauration de la relation transférentielle mérite d'être approfondie.

12.1 Agir institutionnel et agir transférentiel

Il nous faut revenir sur le statut de l'acte dans l'institution, soumettant les soignants à une répétition à l'identique, vers ce nouveau statut lié à la création de cet espace de parole et ainsi en tirer les déductions qui s'imposent.
En ce sens, il nous faut une nouvelle fois revenir aux théories psychanalytiques et aux conceptualisations majeures de l'*agieren* freudien, à savoir le passage à l'acte et l'acting-out. Ces distinctions nominatives ont parfois servi, dans les élaborations post-freudiennes à désigner le concept susmentionné, sans aucune différenciation. D'autres auteurs y voient une véritable dissemblance, structurale même. A ce sujet, nous analyserons ici deux textes fondamentaux : la leçon IX du séminaire sur l'angoisse de Lacan et l'article « Acting out-de-parole » de Roland Gori.

12.1.1 Le passage à l'acte de/dans l'institution.

12.1.1.1 Elaborations post-freudiennes.

Pour introduire une définition de celui-ci en localisant un certain nombre de ses coordonnées structurales, il peut être utile de rappeler ici un des textes freudiens sur lequel Lacan se base dans le séminaire en question : « Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine ».
Dans cet article Freud livre un récit d'évènements s'étant produit avant son intervention. Cette dernière ayant commencé sur demande de la famille.
Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans, *belle et intelligente*, issue d'un milieu social élevé, dont les parents se plaignent d'une passion qu'elle a développé envers une dame plus âgée qu'elle d'une dizaine d'année, à la réputation *douteuse*. Personne devenue son unique source d'intérêt, ravalant au second plan tous les autres et affectant son parcours éducatif. Elle saisit d'ailleurs toutes les occasions pour organiser une rencontre avec elle, être en sa présence, allant jusqu'à mentir dans ce but.
Son père est manifestement le plus affecté par cette histoire. Freud le décrit comme un homme empreint de rigueur mais au fond très tendre. Il refuse catégoriquement l'homosexualité sa fille, qu'il juge contre-nature. Freud note une attitude beaucoup plus nuancée chez la mère qui *est loin de s'en offusquer au même point que lui*, et qui occupa le rôle de confidente lors de la naissance de cet amour pour la dame en question.
Freud décrit une attitude de la jeune fille apparemment contradictoire dont les parents lui tenaient fortement rancœur et dont le caractère de défi semble évident : elle s'affichait en public lors des rencontres avec sa bien aimée, sans *aucun scrupule* et pourtant elle utilisait avec ses parents *faux-fuyants, roueries et mensonges* en vue de leurs organisations.
Par suite, un évènement se produit dont Freud fait le récit suivant :

« Le père rencontra sa fille dans la rue en compagnie de cette dame, qu'il connaissait déjà de vue. Il les croisa toutes deux en leur lançant un regard furieux

qui ne présageait rien de bon. Immédiatement après la jeune fille s'arracha au bras de sa compagne, enjamba un parapet et se précipita sur la voie du chemin de fer urbain, qui passait en contrebas »[231]

Il note plus loin qu'elle informa la dame qu'il s'agissait de son père et de son refus de leur relation. Ainsi elle la somma de ne plus chercher à la revoir et la jeune fille par désespoir tenta de se donner la mort. Ce dernier point signifiant le motif de l'acte invoqué par la jeune fille, sur lequel Freud propose de pousser plus en avant l'interprétation :

« Comme on pouvait s'y attendre la tentative de suicide signifiait encore deux choses de plus : un accomplissement de punition (autopunition) et un accomplissement de désir. De ce dernier point de vue elle signifiait la victoire du désir dont la déception l'avait poussée dans l'homosexualité, à savoir le désir d'avoir un enfant de son père, car elle « tombait »[232] maintenant par la faute de son père. »[233]

C'est ce *niederkommen* dont Lacan va se saisir pour dégager la structure du passage à l'acte que Lacan situe à travers la tentative de suicide de la jeune fille. Type d'agir qu'il va distinguer fondamentalement de l'ensemble de son *aventure* avec la dame qu'il qualifiera d'acting-out, nous y reviendrons au chapitre suivant.
Ce second temps, du passage à l'acte que Lacan isole met en lumière ce laisser-tomber (*niederkommen lassen*), représentant la chute, la réduction du sujet à un objet-reste (objet *a*), voire déchet au moment de sa confrontation avec le désir et la loi. Chute entraînant une précipitation hors de la scène, c'est-à-dire une précipitation dans le réel, hors de la scène de l'Autre.

« C'est au moment du plus grand embarras, avec l'addition comportementale de l'émotion comme désordre du mouvement, que le sujet, si

[231] Freud, S. *Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine* in *Névrose, psychose et perversion*. Paris. PUF. 1973 (1920) p.246
[232] Guérineau, le traducteur de ce texte, note que le verbe allemand *niederkommen* signifie à la fois « tomber » et « accoucher »
[233] Ibid p.260-261

l'on peut dire, se précipite de là où il est, du lieu de la scène où, comme sujet fondamentalement historisé seulement il peut se maintenir dans son statut de sujet, qu'il bascule essentiellement hors de la scène ; c'est là, la structure même, comme telle du passage à l'acte »[234]

Nous pouvons ainsi constater avec Lacan un court-circuit donné à l'interprétation, l'Autre se trouvant exclu. Le passage à l'acte n'appelle pas l'interprétation et peut ainsi avoir un rapport avec la répétition. Dans ce sens, Roland Gori fait deux remarques importantes : « L'acte constitue la condensation des paroles qui n'ont pu être prononcées »[235] à propos du crime des sœurs Papin et « le passage à l'acte […] forclôt la dimension symbolique et subjective du langage »[236].
En synthèse, une impossible énonciation d'un côté s'expliquant par cette exclusion du champ de l'Autre (au sein même de l'action du sujet). Cet Autre étant intimement lié à la parole et au langage.
On est endroit ici de poser la question du rapport existant entre les explications précédentes et le lien qu'entretiennent le passage à l'acte et la répétition.
Il suffit presque de reprendre les éléments dégagés par Gori pour en opérer une déduction évidente mais tout aussi essentielle : une parole impossible, un Autre absent de ce type d'agir caractéristique. Cette déduction ne peut qu'être liée au transfert :

« C'est faute de pouvoir transférer un trauma qu'il se réalise dans la contrainte de répétition. En quoi je pense que le passage à l'acte n'est pas une « solution au transfert » comme l'indique Dupré, mais à son impossibilité. »[237]

Ce lien entre passage à l'acte et répétition s'expliquant par l'absence ou la vaine recherche d'une adresse transférentielle, en un mot d'un impossible transfert, permet de revenir sur l'exemple institutionnel que nous traitons et de tenter de repérer les coordonnées structurelles du passage à l'acte auxquelles Gori et Lacan nous ont introduit.

[234] Lacan, J. *La relation d'objet* . Op.cité
[235] Gori, R. *Acting out-de-parole* in *Cliniques méditerranéennes 29/30*. Paris. Erès. 1991. p.15
[236] Ibid p.9
[237] Ibid p.21

12.1.1.2 Répétition à l'identique, agir institutionnel et maltraitance.

Nous tenterons dans ce chapitre, à l'aide de la conceptualisation du phénomène de répétition à l'identique, de mettre à jour une configuration institutionnelle, à travers la présence ou l'absence de certaines coordonnées, déterminant ses sujets vers le passage à l'acte. Il est proposé d'utiliser dans ce cas l'expression de « passage à l'acte institutionnel » car cette configuration lui est inhérente, du moins dans la situation mentionnée.

Pour cela, il faut revenir vers la clinique et notamment l'exemple des relations entre Sylvie et sa surveillante mais aussi d'Emilie et de Frédérique dans l'expérience qu'elle nous livre à-propos de ces actes.

De cette configuration institutionnelle, Sylvie en dévoile les principales articulations, les mouvements clefs. En effet, sa démarche envers sa surveillante représente, en sa pleine acception, cette parole qui n'a pas eu lieu et l'on peut aller jusqu'à évoquer une parole qui n'a pu se déployer du fait de ce dessaisissement de l'Autre. Une parole désavouée, jusque dans son objet même, et dont l'institution ne veut accueillir. L'Autre se désistant au lieu d'en soutenir la réception. Ce qui laisse entrevoir, au-delà d'un impossible dialogue avec sa hiérarchie, l'infrastructure institutionnelle ; dans laquelle se dessine une véritable culture du *laisser-tomber* (au sens du *niederkommen lassen* évoqué précédemment). L'institution ne voulant rien savoir de l'idéal, du désir ou de la souffrance du soignant dans son expérience de la maltraitance, qu'elle désavoue par la même occasion. D'où l'expression proposée de « passage à l'acte de l'institution » car celle-ci précipite les sujets faisant lien avec elle *hors de la scène de l'Autre*. La maltraitance, au cœur de laquelle s'inscrit la répétition de l'identique, s'inscrit donc en marge de la parole. Cet authentique laisser-tomber de l'institution se situant au moment même de ce désistement de l'Autre. Quand l'Autre se désiste, le soignant en vient à tomber. Cette chute, ce glissement étant lié à cet absence de lieu d'accroche symbolique, dont la dimension même est forclose comme le notait Gori. Ce *laisser-tomber institutionnel* ne se laisse que mieux représenter par l'effet qu'il produit : le robot-soignant dont parle Sylvie et

Frédérique, signant le mouvement même de cette chute. Cette figure du robot, objet à quoi le soignant se trouve réduit lorsque l'absence de l'Autre le prive d'une parole qui serait pourtant la seule garante d'une possible élaboration de l'acte de soin.

Dans ce sens, le passage à l'acte institutionnel ne peut tendre que vers une répétition de l'identique du fait de ce désistement de l'Autre, pointant ici une impossibilité de transfert et donc d'entrée dans la dynamique de la répétition du même, où un changement serait possible offert par une possibilité de transférer, de rejouer cet agir institutionnel pour le soignant et d'en changer *de facto* la nature.

D'autres coordonnées appartenant à la structure du passage à l'acte sont également à étudier. Il suffit de rappeler les descriptions données par Emilie de ces actes répétitifs pour en saisir la dimension d'actes sans paroles. Quaderi évoquait à son tour une maladie sans discours à propos de la violence en gériatrie. Ces conceptions se recoupant, un exemple de nos entretiens avec Emilie permettra d'en saisir la portée.

Emilie me parlait du manque de personnel au sein de l'établissement et des changements que cela induisait au niveau de l'acte de soin. Je l'interrogeai donc sur la nature de ces derniers et elle choisit l'exemple de Madame G. :

« Par exemple avec Mme G, qui est grabataire et Alzheimer, en plus qui crie tout le long...donc c'est un peu plus long même…parce qu'elle se débat, elle frappe…Et on la force au cas…comment vous dire…pour la tourner dans un sens presque on n'y va…pas violemment mais…vous voyez…on est obligé de forcer parce qu'elle se laisse pas faire du tout »

Emilie parlait d'approximativement un quart d'heure passé avec cette résidente ainsi qu'avec les autres lorsque l'effectif est en baisse. Emilie évoque également ce manque de temps entravant la construction de la relation de soin mais c'est à travers l'exemple que nous venons de citer et la violence qu'il contient qu'Emilie nous expose une autre caractéristique de ce passage à l'acte vers lequel tend l'institution. Et ceci à travers la formule « on est obligé » qui semble le condenser

entièrement. La contrainte imposée par l'institution dont tout le poids se dissimule derrière cette formule dévoile à l'analyse cette absence totale de discours sur la maltraitance ; et dont le lien avec le principe de constance et la continuité des investissements, en somme la primauté de l'économique apparaît ici clairement. L'impératif économique régissant le soin, il est ainsi aisé de comprendre ce que sous-tend cette formule : « on est obligé » d'accomplir les actes de soin, d'assurer leur constante répétition, qu'il faille utiliser la violence ou non. Cet économique semble plus véhiculé par un impératif que des discours, et justement celui-ci, dans sa logique, exclu toute demande, toute question, et jusqu'à toute attente de réponse de la part du soignant, en somme tout ce qui pourrait entraver la continuité du travail. Un acte sans parole donc, au risque du défi que pourrait porter celle-ci à la prévalence de l'économique.

L'acte lié à un mouvement de décharge répétée se réalise dans un hors-scène, où règne le silence de l'Autre institutionnel, en dehors de toute possibilité de symbolisation du phénomène de maltraitance. En ce sens, et ce qui constitue une coordonnée supplémentaire du passage à l'acte, celui-ci n'est pas fait pour être interprété dans cette configuration institutionnelle. Celle-ci utilisant le passage à l'acte comme défense contre l'interprétation. En effet, cette dernière en tant qu'elle attribue une significativité à l'acte signerait l'entrée dans l'institution des prémisses d'un discours sur la maltraitance. L'interprétation est donc repoussée, révoquée par le passage à l'acte. Mais cette opération n'est pas sans effet et produit ce *retranchement de sens* dont parle Quaderi. En effet, l'institution désavouant la maltraitance, son acte en perd corrélativement tout sens pour ses sujets.

Ce refus de l'interprétation de l'acte de maltraitance par l'institution se laisse cerner au moment de ce désistement de l'Autre auquel le discours de Sylvie faisait allusion.

Il est désormais possible en synthèse, après avoir dégagé les coordonnées structurelles du passage à l'acte de/dans l'institution, de relever l'attaque que représente celui-ci à l'égard du symbolique, d'une parole reconnaissant et donnant sens à la maltraitance ainsi que sa fonction économique enchevêtrée

avec l'économique institutionnel auquel il semble au service et qui permet la continuité du travail au prix de la répétition de l'identique.

Pour articuler la suite de notre travail, il semble important de revenir sur le transfert et sur son impossibilité rendue par cette configuration. Effectivement, si cette impossibilité de transférer ce qui se joue de la problématique institutionnelle pour les soignants et qui s'organise sous la forme de la répétition est manifeste, cette hypothèse devient caduque et subit un renversement radical voire structural lorsque l'on prend en compte l'espace de parole qui leur a été proposé et de la relation clinique dont il a résulté et dont nous tentons de rendre compte dans ce travail.

Si la première partie de ce chapitre traitait du passage à l'acte de l'institution et de la façon dont il implique ses sujets, la seconde partie s'orientera naturellement vers cet acte clinique, subversif par rapport à cet aménagement institutionnel, que représente l'introduction de cet espace de parole, où un Autre fait une offre d'écoute.

12.2 La relation clinique : vers un dire possible sur la maltraitance.

Nous avions noté lors de l'introduction de ce travail combien celui-ci évoluerait vers une recherche objectivante s'il ne prenait pas en compte une dimension supplémentaire : le transfert.

En effet, les récits que Frédérique, Sylvie et Emilie font de leurs pratiques nous sont adressés et c'est majoritairement par cette voie que l'abord des phénomènes de répétition de l'acte maltraitant nous est rendu possible.

Aussi évident que cela puisse paraître à ce stade, cette prise en compte de la relation transférentielle amène pourtant des éléments radicalement subversifs à-propos de ce que nous avons pu avancé jusqu'ici du statut de l'acte de maltraitance dans l'institution.

Ainsi l'instauration de cet espace de parole offre une possibilité pour le soignant de rejouer une expérience de la répétition mise en œuvre par l'institution, de l'actualiser dans le transfert, et fonde également une potentialité de dire. Ce

transfert rendu possible par l'établissement d'un lieu où un Autre se propose d'accueillir une parole implique naturellement la participation subjective du soignant, un engagement empreint de sa singularité. Ce qui renverse la perspective précédente où le passage à l'acte était envisagé comme le fait d'une configuration institutionnelle, impliquant ses sujets à qui elle n'offrait aucune possibilité de transfert, aucun lieu d'accueil pour la parole. Ce qui laisse suggérer, avec l'instauration de cet espace clinique, la possibilité d'une intervention carrefour entre l'institutionnel et le sujet singulier.

Ceci semble encore une fois relever d'une certaine évidence, qui disparaît immédiatement dés que l'on s'aperçoit du renversement opéré sur le statut de l'acte. En effet, une fois le soignant engagé dans la relation clinique, l'acte de maltraitance et sa répétition ne cessent pas pour autant, ce qui apparaît clairement dans les extraits d'entretiens rapportés tout au long de ce travail. Mais la différence se situe en ce point, remarquable cliniquement : quelque chose de l'ordre de l'agir continue d'œuvrer mais cette fois non pas en dehors de la scène de l'Autre, comme dans le passage à l'acte, mais bien plutôt *out*, en-dehors, de cet espace de parole et qui conjointement à celui-ci appelle l'interprétation.

Pour démontrer cette hypothèse, nous examinerons les conceptualisations de ce type d'agir qui se réalise *out* de la parole, et nous appuierons notre argumentation sur deux exemples cliniques significatifs, le premier basé sur un de nos entretiens avec Sylvie et le second emprunté à notre pratique de formateur, centré sur le thème de la maltraitance, en guise d'ouverture et d'élargissement.

12.2.1 *L'acting out-de-parole*.

Bien que certaines de ces coordonnées s'inscrivent en opposition avec le passage à l'acte, il est utile d'avoir une vue d'ensemble sur le concept, afin de dégager un ensemble d'analogies avec la situation étudiée.

En reprenant le récit freudien de la jeune homosexuelle, nous centrerons cette fois-ci l'analyse sur l'ensemble de son aventure avec la dame que Lacan qualifie d'*acting-out*. Certains passages du texte freudien en sont caractéristiques

notamment lorsque Freud mentionne cette tendresse avec laquelle elle poursuit une dame du monde de dix ans son aînée. Freud explique qu'aucun interdit ni aucune surveillance ne peuvent l'empêcher d'aller retrouver la dame dont elle s'est éprise. Elle se renseigne sur sa vie, l'attend devant sa porte, lui fait envoyer des fleurs, etc.
L'extrait suivant du texte freudien est explicite quand à l'*acting-out* mentionné par Lacan :

« Il y avait dans sa conduite deux choses apparemment opposées l'une à l'autre dont les parents gardaient tout particulièrement rancune à la jeune fille. C'est qu'elle n'avait aucun scrupule à se montrer publiquement dans les rues fréquentées en compagnie de sa bien-aimée suspecte et négligeait donc le point de vue de sa propre réputation, et que toutes les roueries, tous les faux-fuyants, tous les mensonges lui étaient bons pour organiser à leur insu ses rencontres avec elle »[238]

Ce passage de l'aventure a le mérite de faire ressortir un point essentiel, à savoir qu'il existe chez la jeune fille une intention de montrer, de donner à voir, de défier voire de provoquer l'Autre. Lacan, dans son séminaire sur l'angoisse en saisit l'importance :

« L'*acting-out*, c'est quelque chose, dans la conduite du sujet, essentiellement qui se montre. L'accent démonstratif, l'orientation vers l'Autre de tout *acting-out* est quelque chose qui doit être relevé. »[239]

Ce qui s'oppose globalement à sa tentative de suicide où elle se précipite en dehors de la scène de celui-ci. L'*acting* est ici manifestement porteur d'un message, ce qui signe *de facto* l'inclusion de l'Autre. Ceci sur le mode d'une mise en scène, liée à l'imaginaire de ce qui pour cette jeune fille ne peut actuellement se dire.

[238] Ibidem.
[239] Lacan, J. *L'angoisse, séminaire X*. Op.cité

En ce sens, il est lié de façon inhérente, structurelle, à l'Autre, à qui il s'adresse et qui le déclenche également. Il est donc à noter qu'il appelle, dans le cadre analytique, une interprétation. Celle-ci sera donnée dans le transfert, à-propos duquel Gori insiste sur sa forme radicale, achevée dans l'acting-out. Il pose d'ailleurs la question de leur lien :

« Dés lors qu'est l'*acting-out par rapport au transfert* dont Freud nous dit qu'il est une « mise en actes » (*agieren*), une « actualisation » d'une remémoration empêchée, *si ce n'est sa radicalisation même ?* »[240]

Gori axe sa réponse sur les liens croisés qu'entretiennent ceux-ci, à savoir que le transfert est une forme d'*acting* et que l'*acting-out* apparaît comme un transfert radical. Les précisions suivantes seront utiles :

« Dans l'*acting out* l'adverbe *out* vient signifier que l'acte s'inscrit *hors du transfert ou contre* celui-ci qu'il révèle en le méconnaissant. Mais l'adverbe *out* a également le sens « d'aller jusqu'au bout, jusqu'au terme », au bout et au terme de quoi si ce n'est ici du transfert lui-même. Et l'*acting out* nous apparaît bien comme un transfert qui va jusqu'au bout, jusqu'à son achèvement dans un développement qui en compromet l'analyse, c'est-à-dire l'insertion dans le champ symbolique de la parole. C'est que l'*acting out* est déjà structuralement inclus dans le transfert, en germe en quelque sorte »[241]

En somme, l'auteur met en lumière cette dimension de résistance à la parole que prend l'*acting out* lorsqu'il tente, par la réalisation, de sortir du cadre de la parole et de *l'illusion transférentielle*, où se révèle une tentative de méconnaître ce dernier :

[240] Gori, R. *Acting out-de-parole* in *Cliniques méditerranéennes 29/30*. Op.cité p.27
[241] Ibid p.27

« Il est ce qui échappe au transfert en accomplissant jusqu'au bout la *tendance à la répétition* qu'il contient aux dépens de la promesse de la parole, de cette part « revue et corrigée » par Eros des « rééditions » de la mémoire. »[242]

En ce sens, l'*acting-out*, par son action répétitive, se dresse *contre la parole*, et représente une attaque directe envers le cadre analytique avec au centre de celui-ci la règle fondamentale.

En guise de transition, rappelons la spécificité du cadre clinique que nous avons proposé, qui n'est pas semblable point par point au cadre analytique, mais qui peut être envisagé comme un espace de parole. Ce qui a été dit de l'agir peut, par analogie, se ranger parmi ce que Roland Gori nomme un *acting out-de-parole*, en dehors de cet espace, au sens où il l'entend ; à savoir l'englobement, à l'intérieur d'une typologie de l'agir, de *l'acte symptomatique, l'acte compulsif, le transfert, l'acting-out et le passage à l'acte* comme autant de *résistances à la parole.*

12.2.2 L'acting-out : une potentialité clinique.

Pour introduire avec le plus de clarté possible le renversement induit par la mise en place de cet espace de parole, il peut être judicieux de reprendre point part point l'exemple précédemment cité de nos entretiens avec Sylvie. Cette fois sous l'angle offert par cette nouvelle perspective.

Rappelons brièvement les circonstances dans lesquelles se situent l'extrait de cet entretien : Sylvie évoquait une pratique, lors des soins et des actes de toilettes, consistant à ne pas parler à une résidente qui n'utilisait que très peu la parole du fait d'un syndrome démentiel, ou à discuter avec une soignante de son équipe à ce moment là. Elle me répondit qu'elle ne savait pas lorsque je l'interrogeais sur la cause de son comportement.

[242] Ibid p.31

Elle débuta l'entretien suivant par un acte de parole qui contenait, performativement, une interpellation à mon égard :

« Sylvie : « Lundi, j'étais de soir et j'ai pensé à vous ! »
Clinicien : « A moi ? »

Le renversement de perspective auquel nous faisions allusion est immédiatement visible tant il modifie l'ensemble des coordonnées structurelles de la situation dans laquelle le soignant se trouvait jusque là. A commencer par l'introduction de la pensée dans l'acte de soin, dont Sylvie et Frédérique avaient décrit jusque là l'absence, en s'appuyant notamment sur la figure du robot.
Nous parlions dans le chapitre précédent d'intervention carrefour et son sens se précise ici lorsque l'impensé institutionnel de la maltraitance rencontre la pensée du soignant, au cœur même de la relation de soin. Pensée qui parait dans notre exemple directement lié à cet espace de parole et à la possibilité de transfert qui lui est concomitante.
Cet exemple, contrairement à celui qui va suivre, a été choisi pour la clarté avec laquelle il révèle l'apparition de cette figure transférentielle, traduisant ici non pas l'acting-out mais bien plutôt *une mise en acte de parole liée à une posture d'énonciation* (Gori, 1991).
Ce passage où Sylvie s'engage dans une réflexion sur la cause de son silence envers Mme L en est caractéristique, et l'extrait suivant en révèle les principaux déterminants :

Sylvie : « … Alors j'ai pensé à vous : « Il m'a demandé pourquoi je ne lui parlais pas, il faut que j'essaye. »

Ce *j'ai pensé à vous*, replacé dans son contexte, semble se produire en un lieu bien précis : à savoir à l'endroit exact de la béance laissée par ce désistement de l'Autre, et qui se trouve représenter par l'impossible dialogue avec sa hiérarchie que nous avons maintes fois évoqué.

Ce *j'ai pensé à vous* manifeste cette fois un phénomène de l'ordre d'une accroche, d'un nouage ou d'un lien possible là où existait auparavant un désistement, un dessaisissement ou encore un évanouissement du côté de l'Autre.

Ce *j'ai pensé à vous* témoigne de l'inhérence du transfert avec les dimensions de la parole et du langage. Il permet à Sylvie de produire un discours sur le soin, la relation avec le résident ainsi qu'un questionnement. Il est moteur de cette production.

Toutefois, dans ce cas précis, un élément capital qui jusque là se trouvait désavouer dans l'espace institutionnel va rencontrer un espace où il va pouvoir être soutenu : l'idéal du soignant. Et c'est celui-ci qui se trouve, au sein de cet espace de parole, remis en question. Cette représentation de l'idéal apparaît même comme centrale au sein du transfert voire comme une des motions principales en jeu, aussi bien comme motif de son apparition qu'à travers le saisissement de cette figure par le soignant lui donnant consistance.

Ces considérations attestent d'une limitation notable de l'action du désaveu, institutionnellement mise en œuvre, sur le soignant. Jacques Félician remarquait d'ailleurs très justement que pour sortir du dilemme qu'il instaure, il fallait « en démonter le mécanisme logique, tropologique »[243]. Ce qui procède ici d'un renversement des coordonnées structurales de l'agir tel qu'il est prescrit dans l'institution, d'une modification de la configuration institutionnelle organisée autour du désaveu et ceci par la création d'un espace qui, en réintroduisant la parole dans le soin, s'inscrit en contrepoint de celui-ci.

Il est temps d'introduire un second exemple qui permettra de préciser toujours plus l'analogie que nous repérons et ainsi de formuler une hypothèse qui n'est autre qu'une proposition clinique.

[243] Félician, J. *L'orient du psychanalyste*. Paris. L'Harmattan. 1995 p.32

12.3 Perspectives cliniques et conclusion.

L'exemple que nous souhaitons introduire ici est tiré de notre pratique de formateur en gérontologie. Il permettra de clore cette recherche sur une perspective d'ouverture.

Il s'agit d'une session de formation sur 6 séances ayant pour thème la maltraitance et la relation de soin avec les résidents atteint d'un syndrome démentiel. Cette formation a été organisée au sein d'un EHPAD public et destinée au personnel, soignant pour la majorité, soit un groupe de huit personnes comprenant infirmières, aides-soignantes et agents des services hospitaliers.

Cet exemple va permettre d'opérer la transition avec ce que nous disions à propos l'idéal, par l'intermédiaire de la place centrale qu'il occupe dans toute situation formative. Kaës proposait, par ailleurs, les caractéristiques de ce processus :

« …se former, c'est en effet, mettre en cause une image de soi, défaillante à cet endroit, celui du narcissisme, qui précisément requiert une reprise, une remise en forme et une conformation à un Idéal… »[244]

Cet idéal, bien qu'impossible à atteindre, n'en constitue pour autant pas moins une des coordonnées essentielles de cet espace de parole dont nous parlions et qui s'inscrit en contrepoint du désaveu. En ce sens, la formation peut se coupler, en marge d'une perspective purement pédagogique, à un espace de ce type. Le formateur peut en effet saisir l'occasion d'ouvrir cet espace à l'élaboration de la pratique de soin, et retrouver ainsi l'ensemble des coordonnées liées à cet espace dans l'institution : réintroduction de l'idéal ; place centrale de la parole ; possibilité de transférer et donc une modalité spécifique d'agir possible en dehors de cet espace.

Examinons celle-ci de plus près à travers plusieurs exemples. En effet, lors de cette session de formation et sur des sujets tels que l'agressivité et la démence,

[244] Kaës, R. *Crise, rupture et dépassement*. Paris. Dunod. 1979. p.52

la maltraitance ou encore la relation de soin, une dynamique a rapidement vu le jour, oscillant entre l'angoisse et l'agir, au point de faire apparaître une relation fondamentale entre eux que nous allons tenter d'approfondir.
Ainsi, lorsqu'une infirmière, Marlène, évoquait une situation où elle avait eu à faire face à une résidente atteinte d'un syndrome démentiel, qui lui avait fait part avec agressivité et ténacité de son désir qu'elle l'aide à sortir de la maison de retraite pour aller rejoindre son mari ou pour ne pas être en retard pour aller chercher ses enfants l'école. Cette situation se reproduisant quotidiennement d'après les autres soignants.

Marlène : « Il fallait que je trouve quelque chose pour qu'elle se calme. Je lui ai menti et ça a marché »

Formateur-clinicien : « ne peut-on pas envisager une autre possibilité dans ces cas là ? »

Marlène et voix générale : « Oui mais laquelle. Donnez nous des techniques, dites nous ce qu'il faut faire ! ».

Tout d'abord, il est à noter un changement caractéristique relié directement à l'hypothèse que nous tentons d'introduire : l'angoisse n'est plus localisée uniquement du côté du résident. En effet, si l'angoisse de cette résidente est clairement et massivement perceptible et reconnue par les soignants, la situation du fait de la création de cet espace de parole a pourtant changé. Ainsi, si l'examen de la répétition à l'identique dans l'institution laissait entrevoir l'effroi et l'angoisse que Quaderi localisait chez le résident :

« L'angoisse, mécanisme de défense du trauma décrit par Freud, s'éteint durablement par la machine institutionnelle à réguler la vie. La personne âgée ne peut ainsi se prémunir de ces violences par leurs aspects les plus inattendus. De plus rien ne permet de savoir quand, comment et sur qui, un jour peut être, l'hydre de la foudre violente tombera. »[245]

[245] Quaderi, A. *Violence traumatique en gériatrie*. Op.cité

Cette organisation intégrant donc le soignant dans une *monotonie*, une *perpétuation sans surprise* du quotidien. L'angoisse se trouve donc, du fait de cette organisation, potentiellement du côté du résident.
A travers cet espace de parole et cette possibilité, centrale, de dire, l'angoisse apparaît cette fois chez le soignant et de façon tellement prégnante qu'une opération de défense se met en place contre celle-ci.
En effet, cette prédominance accordée à l'agir par les soignants en est le témoin. Cette avidité dans la demande de production de techniques, véritable sommation – pousse au basculement dans l'agir et manifeste clairement une action *contre la parole*.
Ceci révèle et détaille l'opération centrale du renversement dont nous parlions : le transfert d'angoisse.
Ce concept fut introduit par Lacan dans son séminaire sur l'angoisse. Il le décrit en ces termes :

« …et c'est justement ce qui me permet d'introduire maintenant le rapport essentiel de l'angoisse à l'action comme telle, c'est justement peut être de l'angoisse que l'action emprunte sa certitude.
Agir, c'est arracher à l'angoisse sa certitude. Agir, c'est opérer un transfert d'angoisse. »[246]

Et c'est en effet de cette opération dont il est question dans cette rencontre avec les soignants. Si la configuration institutionnelle permettait un soutien dans cette opération, de cette précipitation dans l'agir cristallisant la répétition de l'acte de maltraitance, l'instauration d'un lieu pour la parole amorce un vacillement dans la mise en œuvre du transfert d'angoisse, autrement dit une oscillation chez le soignant entre le champ de l'acte et celui de la parole.
En d'autres termes les coordonnées de cet espace s'inscrivent en contrepoint du passage à l'acte et gèlent l'opération du transfert d'angoisse en instaurant la primauté de la parole. L'angoisse se manifestant par conséquent chez le soignant dans cet espace, cette avidité de techniques et de savoir-faire qu'ils demandent,

[246] [246] Lacan, J. *L'angoisse, séminaire X*. Op.cité

en un sens d'un recours à l'acte comme opération de défense face à l'angoisse, prennent une toute autre signification quand à la structure de l'agir dont ils dépendent désormais dont celle-ci manifeste clairement cette action *contre la parole* que nous allons tenter d'approfondir.

Notre hypothèse, également proposition clinique, peut d'ores et déjà être posée plus clairement : à la condition de l'instauration de cet espace de parole, la répétition de la maltraitance peut se rejouer à travers une forme d'agir analogue à l'acting-out, *out* de cet espace de parole au sein de l'institution.

Partons de l'exemple suivant. Lors de la séance suivante, Marlène et Béatrice qui sont agents de service m'adressent les paroles suivantes :

Marlène : « J'ai essayé de faire comme vous avez dit mais ça ne marche pas à chaque fois de leur parler, d'essayer de comprendre le sens de leurs comportements (à-propos de résidents atteints d'un syndrome démentiel) alors j'ai réessayé comme avant. »

Béatrice : « on vous appelle la prochaine fois qu'on a un problème et que vous êtes là »

Cet exemple illustre parfaitement cette forme *d'acting* en tant qu'*out* de la parole, de cet espace. Les dimensions de monstration, d'appel à l'interprétation existent aussi bien qu'une effraction faite à une règle, une proposition de parole qui leur a été faite témoignant d'une tentative de méconnaître le transfert.

En effet, l'action de résistance à la parole se fait ici jour à travers l'acting-out, attaquant le cadre de parole instauré en méconnaissant l'aspect transférentiel, troisième figure intimement liée à la parole qu'elles tentent de dissoudre à travers un authentique pousse-à-l'acte. En effet, la formule de Béatrice suggère une sortie, un *out-de-la-parole*, en somme une attaque directement adressée au clinicien et au cadre qu'il tente d'instauré. Mais cette possibilité clinique dont nous parlions se fait déjà jour ici par cette référence à l'autre qu'il inclut et à la parole qu'il menace comportant ainsi un potentiel de symbolisation, une possible interprétation. Il peut être intéressant ici de reprendre une à une les caractéristiques et possibilités cliniques que **l'acting-out** offre ici :

- réintroduction de l'Autre et travail de symbolisation.

- possibilité de transfert et d'interprétation.

- témoigne d'une entrée dans la répétition du même et ouvre donc à un changement possible.

- potentiel de symbolisation de la maltraitance et de la relation de soin, à travers une mise en récit.

- un souvenir possible, consécutif de cette mise au passé est en jeu et ainsi une sortie de ce présent perpétuel figeant le soignant dans la répétition de l'identique.

- entrée de la maltraitance dans le champ de la parole et du langage grâce à un dire possible, et donc une sortie de son désaveu.

Ces points ayant déjà été longuement abordés, il convient de mener une étude approfondie des liens qu'entretient l'acting-out avec la résistance. L'apparition de celle-ci signant *de facto* l'implication subjective du soignant et ceci en contrepoint de la dynamique institutionnelle réglée par le désaveu.
Les dires de Béatrice peuvent ainsi être reprit et analysés dans leurs liens avec la résistance et l'acting-out. Rappelons-les :

« On vous appelle la prochaine fois qu'on a un problème et que vous êtes là ».

Il s'agit donc simultanément de me montrer quelque chose, de me pousser à réagir en laissant de côté la parole et l'analyse, et de me lancer un défi. Nous retrouvons ici certaines des caractéristiques de l'acting-out, toutes se trouvant en relation avec le champ de l'Autre. Et c'est d'ailleurs en lien avec lui que celles-ci prennent tout leur sens, c'est-à-dire dans une articulation avec la dimension du

transfert. En effet : monstration, pousse-à-l'acte du clinicien et défi n'ont de signification qu'à méconnaître le transfert. A ce propos Roland Gori, dans son étude sur l'*acting*, livre la réflexion suivante :

« L'*acting out* n'est possible qu'à méconnaître ce troisième terme, cette troisième dimension, que Freud fait justement surgir en inventant le concept de transfert dans l'urgence de réagir aux sollicitations en actes de sa patiente. Il met entre elle et lui une troisième figure, celle-là même que dans l'intersubjectivité l'*acting out* visait à méconnaître ».[247]

Ce troisième terme dont Gori souligne l'aspect défensif de l'invention tend à être dissolu au moyen de l'acting out dans notre exemple. Cette méconnaissance dont témoigne l'acting peut être envisagée sous deux aspects : premièrement une opération de défense contre l'angoisse que le transfert, cette fois rendu possible, fait apparaître. En effet, la configuration institutionnelle que nous avions étudié permet d'une part de faire apparaître l'angoisse chez l'autre (ici le résident) et d'autre part la soumettre à un effet anesthésique au moyen de la mise en œuvre de la répétition de l'identique et des mesures de protection contre le négatif, dont l'angoisse, que l'institution met en œuvre pour ses sujets sous l'aspect des formations intermédiaires que nous avons étudié dans le premier axe de cette recherche.

Deuxièmement, une méconnaissance dans son aspect de résistance à la parole que ce cadre prescrit. Résistance dont la présence évoque ici ce renversement dont nous parlions et qui s'exprime ici au niveau des opérateurs en jeu. Le désaveu, central dans l'organisation institutionnelle, cède ici sa place au refoulement et témoigne de l'implication subjective du soignant. Une tendance au refoulement s'exprimant par la méconnaissance du transfert, de ce troisième terme à travers l'acting-out, lié à une résistance à dire et donc à une possible remémoration. Nous avions vu qu'après l'instauration de cet espace de parole, une mise au passé, un souvenir de l'acte de maltraitance est possible. L'acting-out vient ainsi constituer une résistance à un dire possible sur la maltraitance

[247] Gori, R. *Acting out-de-parole* in *Cliniques méditerranéennes 29/30*. Op.cité p.31

avec ce qu'il peut comporter de traumatique pour le soignant lorsque l'action du désaveu vient à vaciller. En effet, rappelons que le désaveu permet la non-inscription psychique d'un évènement et de sa dimension traumatique. L'organisation psychique de l'institution allait aussi dans le sens d'une défense contre le trauma pour les soignants, le rendant ainsi possible chez le résident comme le notait Quaderi, à travers la répétition à l'identique, l'absence de surprise et la monotonie du quotidien.
Il est ici possible de d'interroger de cette façon : où se trouve désormais cette possibilité clinique que nous avions annoncé dés notre introduction ?
Roland Gori pose une autre question dans son article qui peut éclairer notre propos : *en quoi l'acting-out fait-il obstacle à la remémoration et de quelle remémoration s'agit-il ?* Il y apporte des éléments de réponse non négligeables.

« …il est résistance à *la remémoration parlée*, c'est-à-dire à la *parole* »[248]

Cette synthèse nous remet en face de l'élément central de toute situation où un travail clinique est possible : la parole. Mais alors il est important d'essayer d'analyser plus finement l'enjeu de la résistance à son égard. Gori ajoute à ce propos :

« …l'*acting-out* manifeste l'existence d'une *part traumatique de la réminiscence* laquelle se trouve, un temps ou structuralement, dans l'incapacité d'être transférer »[249]

Dans le cadre de cet espace de parole, lieu de rencontre entre le clinicien et les soignants, une possibilité s'offre progressivement pour le soignant autour d'une élaboration du soin, d'un travail de liaison inhérent au discours et cela en chemin inverse du processus traumatique.
L'acting-out, par le fait qu'il se produise en dehors de l'espace de parole et qu'il s'y rattache paradoxalement, comporte et provoque par sa dimension de

[248] Ibid p.35
[249] Ibid p.38

monstration, où l'Autre se trouve inclut, un dire possible et éventuellement une interprétation. Il est paradoxalement lié au symbolique.
D'où une clinique possible où l'apparition de l'acting out et de la résistance s'interprètent de façon moins paradoxale au vu des enjeux que nous venons d'évoquer. L'acting out se saisit donc d'une possibilité de transfert qu'offre cet espace de parole ainsi que d'une parole possible sur la maltraitance, d'une élaboration de la relation de soin qui s'inscrit en contrepoint du désaveu et des formations intermédiaires mises en œuvre par l'institution. Ainsi s'achève cet axe sur l'évocation d'une pensée possible de la maltraitance, et nous laissons le soin à André Quaderi de décrire les effets de la parole dans un tel contexte :

« La parole, seule vecteur de pulsion désirante, permet de réduire les violences, de promouvoir le lien et de renouer le réseau des pulsions de vie. L'avènement des biens de Jacques Lacan procède de la parole et de ses effets de désirs, rempart de la pulsion de vie contre la violence de l'institution. »[250].

[250] Quaderi, A. *Violence traumatique en gériatrie*. Op.cité

13. Conclusion.

De l'introduction jusqu'au moment de conclure, cette recherche n'a pas cessé d'être traversée par un ensemble de questions. Si cette démarche paraît nécessaire lorsque la clinique institutionnelle nous confronte à la psychopathologie de la pensée, elle n'en constitue pas moins son authentique fondement. La question, extirpée de ces *contraintes à penser* la maltraitance, intègre une dynamique d'ouverture dans le réseau institutionnel, là où le désaveu ne produisait qu'un ensemble de points de clôture (Félician, 1995) : impensé, répétition, formations intermédiaires spécifiques, dilemmes, paradoxes déontiques.

La question potentialise une authentique sismicité menaçant directement l'architecture institutionnelle que le désaveu tente de sauvegarder. Il suffit de se souvenir de l'implicite démarche de questionnement de Sylvie envers sa hiérarchie et de la puissance avec laquelle elle fut désavouée. Cette mise hors-champ de la question ne fait que témoigner des processus étudiés tout au long de ce travail notamment cette violence faite au champ de l'énonciation, ce despotisme de la loi hiérarchique au mépris du désir du soignant (Félician, 1995).

La question produit un effet sismique au sein de l'impensé institutionnel en stagnation, dans le sens où elle vient ébranler un point de clôture.

Ainsi, elle apparaît en tant qu'élément clé de notre démarche heuristique, vectorisant l'ensemble des processus de découverte et de reconnaissance des phénomènes de maltraitance. L'ensemble de cette démarche de questionnement représente en quelque sorte le balisage tout au long du trajet qui mène à la reconnaissance du phénomène dont les contraintes à penser en constituent le principal écueil d'ordre institutionnel.

De questions en questions, à travers les différents thèmes examinés, notre problématique a pu s'enrichir d'arguments, de démonstrations théoriques et d'exemples cliniques. Il convient d'en rappeler les grandes lignes : essayer de montrer en quoi l'impensé institutionnel de la maltraitance dérive d'une modalité spécifique du pacte dénégatif nommée pacte de désaveu, mettant en échec la

déontologie et précipitant ainsi les sujets de l'institution dans une mise en acte répétitive du phénomène.

De cette manière, notre thèse s'articula autour de deux axes majeurs : un axe central autour du désaveu et un axe transversal centré sur la répétition. Celle-ci envisagée comme le corrélat du désaveu. La création de se second axe fut justifiée en lien avec l'implicite, les champs inélaborés que l'axe central avait laissé derrière lui du fait de la centration de la problématique autour du désaveu.

L'examen de l'action de cet opérateur, à travers l'inquiétante étrangeté et la construction métaphoro-métonymique du Double, a permis de démontrer l'existence d'un pacte de désaveu, et ce dans toute sa spécificité ; à savoir l'enjeu de son utilisation lorsque son objet est la maltraitance dans une institution gériatrique : *dissimuler* l'existence de la maltraitance ; *écarter* la responsabilité de l'acte ; *couvrir* la participation des soignants à la maltraitance institutionnelle.

Ainsi, à travers les entretiens avec Frédérique, Sylvie et Emilie, l'existence d'un double désaveu a pu être mise en évidence : un désaveu de la parole du résident lié par circularité à un désaveu de l'acte de maltraitance. Ces deux désaveux se sont révélés comme secondaires, dans le sens de témoins d'un désaveu originel : le désaveu de la loi.

En ce sens, les relations des soignants avec leur hiérarchie sont apparues tissées d'une grande complexité. Dans les messages hiérarchiques, un ensemble de coordonnées, vouées à être transmises, ont témoigné de l'existence de ce désaveu en tant qu'opérateur proposé et autorisé[251]. De plus, la maltraitance par négligence s'est vue à la fois prescrite et autorisée. Ceci rappelant la présence de ce désaveu de la loi dont nous parlions. En somme, la transgression de cette dernière se trouve permise au sein de l'institution. Ce désaveu originel se basant sur une réalité fondamentale : la perte d'autonomie pouvant aller jusqu'à la grande dépendance.

[251] L'exemple rapporté par Sylvie en est significatif. Elle fit par à sa surveillante de son impression de « bâcler son travail », des conditions de travail dans lesquelles elle évoluait (manque de personnels, de temps…) et donc de sa souffrance de soignante. Elle se vit répondre par une phrase qui illustre le désaveu de la parole dont nous parlons : « Tu es trop perfectionniste ! ». Message dans lequel nous avons pu dégager une prescription : « Sois moins perfectionniste ! », et un impératif sous-jacent en dernière analyse : « Sois maltraitantes ! », autrement dit « Maltraites ! ».

Dans cette optique, les formations intermédiaires (contrat narcissique et pacte de désaveu) que nous avons pu mettre en évidence présentent une configuration particulière au sein de l'institution. En effet, pour les soignants, l'investissement groupal est indissociablement lié au pacte de désaveu et la revalorisation narcissique est rendue par l'intermédiaire de ce dernier. Le contrat narcissique ne se trouve honoré qu'au prix d'un désaveu.

Ainsi, le pacte dénégatif prescrit la maltraitance. Il demande donc une transgression de la loi qui, dans ce contexte institutionnel, est indispensable pour obtenir la rétribution narcissique évoquée.

Ce premier axe de notre thèse a conduit nécessairement à prendre en compte un champ supplémentaire : la déontologie professionnelle (considérée en EHPAD au pluriel) et l'ensemble des règles et prescriptions qu'elle comporte (pour chacune des professions en question), en évaluant les effets et conséquences de ce désaveu dont nous avons fait mention. Ainsi, un détour par la logique et la psychologie s'est avéré nécessaire afin d'en démontrer plus précisément les mécanismes. L'examen de la déontologie a conduit à formuler l'hypothèse d'une mise en échec de celle-ci, corrélée à cette opération de désaveu. Cet échec, ou plus précisément cette annulation, s'est confirmé en soumettant les règles déontologiques aux lois de la logique déontique, révélant ainsi l'injection dans la déontologie de prescriptions contradictoires. Les entretiens effectués ont également mis en lumière la situation de dilemme moral dans laquelle se trouve prit les soignants ainsi que le caractère doublement contraignant (en référence aux injonctions paradoxales de Watzlawick) de la prescription déontologique plaçant les soignants dans une position intenable.

Cette souffrance des soignants dans leur travail ainsi que les zones que la première partie avaient laissé en suspens d'élaboration ont justifié de la création d'un second axe de recherche, transversal quand à notre problématique et dont le phénomène de répétition de l'acte de maltraitance constitue le corrélat.

Cet axe a permis de mettre en évidence avec quelle force contraignante, de l'ordre d'une *compulsion organisée* (Quaderi, 2004), l'institution précipite ses sujets dans la répétition sous l'action du désaveu qui, en entravant la construction du souvenir, entraîne une impossible mise au passé de la maltraitance.

La création d'un espace de parole a permis dans un premier temps de discerner statut de l'acte dans l'institution et statut de l'acte au sein de cet espace : le premier soumettant les soignants à la répétition de l'identique dans laquelle s'inscrit la maltraitance ; et le second, par la possibilité de transfert qu'il implique grâce à la réintroduction de la parole et du champ de l'Autre, offre une évolution possible vers la répétition du même ainsi qu'un accès à une dynamique d'évolution et de changement qui lui est liée.

Dans un second temps, après avoir identifié les coordonnées du passage à l'acte et situé ce dernier comme le fait d'une configuration institutionnelle précise, il est apparu qu'avec l'instauration de cet espace de parole un véritable renversement s'opérait, modifiant les coordonnées de celui-ci et permettant au soignant de s'inscrire dans un autre type d'agir, *out* de cet espace de parole. Les coordonnées de celui-ci, analogue à celle décrite dans l'*acting-out*, s'opposent en quelque sorte point par point à celles du passage à l'acte, authentique *laisser-tomber institutionnel* envers l'idéal et la parole des soignants. L'instauration de cet espace de parole permet au soignant de reporter une expérience de la répétition à l'œuvre institutionnellement, de la rendre actuelle dans le transfert, et établi également la potentialité d'un dire sur la maltraitance. D'où l'hypothèse que nous avons défendu et essayer de démontrer, à savoir l'*acting-out* en tant que possibilité clinique : *à la condition de l'instauration de cet espace de parole, la répétition de la maltraitance peut se rejouer à travers une forme d'agir analogue à l'acting-out, out de cet espace de parole au sein de l'institution.* En somme, une modalité spécifique d'agir en dehors de cet espace révélant de ce fait toutes ses possibilités cliniques en termes d'élaboration, de parole possible sur la maltraitance, de travail sur l'angoisse et le transfert (que l'*acting-out* tente de méconnaître) dans ces liens avec la résistance à la parole que les soignants ont manifesté dans nos rencontres cliniques.

Cette hypothèse est à considérer comme une proposition clinique dont l'heuristique de l'apparition est à resituer dans l'ensemble de ce trajet de recherche : le repérage de la configuration institutionnelle centré autour du désaveu de la maltraitance, l'impensé, les champs de l'Autre et de la parole excluent en ont, en quelque sorte, fournit la matière. Il ne restait plus qu'à situer

le contrepoint du désaveu et de poursuivre cette démarche subversive en instaurant un cadre clinique, à savoir un espace de parole ; entendu comme chemin vers une clinique où une élaboration de la relation de soin ainsi qu'une parole sur la maltraitance deviennent possible. Quaderi ajoute les effets cliniques suivants : une réduction des violences ; une promotion du lien ainsi qu'un nouveau nouage dans le réseau des pulsions de vie (Quaderi, 2004).

En ouverture de cette conclusion, et ce malgré diverses idées introduites dans ce travail qui mériteraient d'être élargies, il peut être intéressant de revenir sur ce que nous avons appelé le laisser-tomber de l'institution. Celle-ci, dans ses liens avec la dimension identificatoire, offrent une extension possible dans le prolongement de cette recherche. En effet, cette identification du soignant avec un objet-chu, dont nous avions relevé certains des enjeux, peut être mise en relation avec l'être-en-abandon introduit par Hannah Arendt et dont Jacques Félician a tenté le repérage dans le champ de la clinique psychanalytique. A la condition toutefois de prendre en compte la double dynamique de ce laisser-tomber institutionnel. Ceci mérite clarification. Nous avions mis en évidence l'effet produit par le désistement de l'Autre institutionnel sur le soignant, à savoir sa réduction identificatoire à un robot révélant par là le mouvement de cette chute. Cette robotisation matérialisée par la répétition à l'identique de l'acte de maltraitance avait pour effet de produire l'angoisse voire l'effroi chez le résident. C'est à cet endroit que ce double mouvement ou plus précisément une structure en double rouage apparaît, laissant entrevoir pleinement l'être-en-abandon. En somme, le premier mouvement de laisser-tomber, concernant les soignants, en entraîne un second mais qui produit cette fois un effet chez le résident ; pour qui le soignant devient objet d'angoisse. Ainsi, le résident se trouve placé en position de d'éprouver, de faire l'expérience de ce *verlassensein*, de l'être-en-abandon, de *celui qu'on a laissé tomber* (Félician, 2005). Cet auteur fait état des principaux éléments structurels de cette expérience :

« Une expérience marquée par une effraction de l'intime – la terreur – le rejet, l'être-en-abandon et le défaut des mots pour le dire »[252]

[252] Félician, J. *Tu m'as laissé tomber*. Article inédit. p.2

Coordonnées qui semblent être repérables dans l'expérience de la maltraitance que fait le résident. Quaderi, dans son article sur la violence en gériatrie, identifiait ainsi des éléments étrangement semblables à ceux mentionnés par Félician : *une effraction violente* physique ou verbale *plongeant le sujet âgé dans l'effroi* ; sa mise à l'*écart* de l'organisation au profit de la perpétuation institutionnelle, autrement dit un second laisser-tomber institutionnel laissant le sujet en état d'*abandon* ; une dénonciation stérile rencontrant un *déni en culture* de la maltraitance par le collectif ; un défaut de paroles voire une incapacité de dire pour les résidents atteints d'un syndrome démentiel par exemple.
Ce repérage des premiers éléments, ces prémisses de théorisation représentent une ouverture intéressante pour cette conclusion dans le sens où ce qui est mis en lumière de la situation du sujet âgé en institution gériatrique résonne avec la conception d'Harendt sur l'être-en-abandon, décrite initialement à travers l'analyse des régimes totalitaires :

« L'être-en-abandon subit une totale destruction de sa vie privée, de la sphère des relations humaines. Il n'appartient plus au monde, inutile il est abandonné par tout et par tous […] Cette expérience fondamentale serait dans une étroite proximité avec la mort, l'aperception de ce moment où l'homme quitte un monde qui continue sans lui ».[253]

[253] Ibidem.

14. Annexes.

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Fondation Nationale de Gérontologie
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
1997

La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement.

La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou à l'altération de fonctions mentales.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leur liberté de citoyens.

Elles doivent aussi garder leur place dans la cité, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences.

Cette Charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

ARTICLE I - CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Elle doit pouvoir profiter de l'autonomie permise par ses capacités physiques et mentales, même au prix d'un certain risque. Il faut l'informer de ce risque et en prévenir l'entourage.

La famille et les intervenants doivent respecter le plus possible son désir profond.

ARTICLE II - DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

La personne âgée dépendante ou à autonomie réduite réside le plus souvent dans son domicile personnel. Des aménagements doivent être proposés pour lui permettre de rester chez elle.

Lorsque le soutien au domicile atteint ses limites, la personne âgée dépendante peut choisir de vivre dans une institution ou une famille d'accueil qui deviendra son nouveau domicile.

Un handicap mental rend souvent impossible la poursuite de la vie au domicile. Dans ce cas l'indication et le choix du lieu d'accueil doivent être évalués avec la personne et avec ses proches.

Ce choix doit rechercher la solution la mieux adaptée au cas individuel de la personne malade.

Son confort moral et physique, sa qualité de vie, doivent être l'objectif constant, quelle que soit la structure d'accueil.

L'architecture des établissements doit être conçue pour répondre aux besoins de la vie privée. L'espace doit être organisé pour favoriser l'accessibilité, l'orientation, les déplacements et garantir les meilleures conditions de sécurité.

ARTICLE III - UNE VIE SOCIALE MALGRE LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Les urbanistes doivent prendre en compte le vieillissement de la population pour l'aménagement de la cité.

Les lieux publics et les transports en commun doivent être aménagés pour être accessibles aux personnes âgées, ainsi qu'à tout handicapé et faciliter leur participation à la vie sociale et culturelle.

La vie quotidienne doit prendre en compte le rythme et les difficultés des personnes âgées dépendantes, que ce soit en institution ou au domicile.

Toute personne âgée doit être informée de façon claire et précise sur ses droits sociaux et sur l'évolution de la législation qui la concerne.

ARTICLE IV - PRESENCE ET ROLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Le rôle des familles, qui entourent de leurs soins leurs parents âgés dépendants à domicile, doit être reconnu. Ces familles doivent être soutenues dans leurs tâches notamment sur le plan psychologique.

Dans les institutions, la coopération des proches à la qualité de vie doit être encouragée et facilitée. En cas d'absence ou de défaillance des proches, c'est au personnel et aux bénévoles de les suppléer.

Une personne âgée doit être protégée des actions visant à la séparer d'un tiers avec qui, de façon mutuellement consentie, elle entretient ou souhaite avoir une relation intime.

La vie affective existe toujours, la vie sexuelle se maintient souvent au grand âge, il faut les respecter.

ARTICLE V - PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Elle doit pouvoir en disposer conformément à ses désirs, sous réserve d'une protection légale, en cas de dépendance psychique.

Il est indispensable que les ressources d'une personne âgée soient complétées lorsqu'elles ne lui permettent pas d'assumer le coût des handicaps.

ARTICLE VI - VALORISATION DE L'ACTIVITE

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Des besoins d'expression et des capacités d'accomplissement persistent, même chez des personnes âgées qui ont un affaiblissement intellectuel sévère.

Développer des centres d'intérêt évite la sensation de dévalorisation et d'inutilité. La participation volontaire des réalisations diversifiées et valorisantes (familiales, mais aussi sociales, économiques, artistiques, culturelles, associatives, ludiques, etc.) doit être favorisée.

L'activité ne doit pas être une animation stéréotypée, mais doit permettre l'expression des aspirations de chaque personne âgée.

Une personne âgée mentalement déficitaire doit pouvoir participer à des activités adaptées.

Les activités infantilisantes ou dévalorisantes sont à rejeter.

ARTICLE VII - LIBERTE DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Chaque établissement doit disposer d'un local d'accès aisé, pouvant servir de lieu de culte, et permettre la visite des représentants des diverses religions.

Les rites et usages religieux s'accomplissent dans le respect mutuel.

ARTICLE VIII - PRESERVER L'AUTONOMIE ET PREVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

La vieillesse est un état physiologique qui n'appelle pas en soi de médicalisation. La dépendance physique ou psychique résulte d'états pathologiques, dont certains peuvent être prévenus ou traités. Une démarche médicale préventive se justifie donc, chaque fois que son efficacité est démontrée.

Les moyens de prévention doivent faire l'objet d'une information claire et objective du public, en particulier des personnes âgées, et être accessibles à tous.

ARTICLE IX - DROIT AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Aucune personne âgée ne doit être considérée comme un objet passif de soins, que ce soit au domicile, en institution ou à l'hôpital.

L'accès aux soins doit se faire en temps utile en fonction du cas personnel de chaque malade et non d'une discrimination par l'âge.

Les soins comprennent tous les actes médicaux et paramédicaux qui permettent la guérison chaque fois que cet objectif peut être atteint.

Les soins visent aussi à rééduquer les fonctions et compenser les handicaps.

Ils s'appliquent à améliorer la qualité de vie en soulageant la douleur, à maintenir la lucidité et le confort du malade, en réaménageant espoirs et projets.

L'hôpital doit donc disposer des compétences et des moyens d'assurer sa mission de service public auprès des personnes âgées malades.

Les institutions d'accueil doivent disposer des locaux et des compétences nécessaires à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, en particulier dépendantes psychiques.

Les délais administratifs abusifs qui retardent l'entrée dans l'institution choisie doivent être abolis.

La tarification des soins doit être déterminée en fonction des besoins de la personne âgée dépendante, et non de la nature du service ou de l'établissement qui la prend en charge.

ARTICLE X - QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Une formation spécifique en gérontologie doit être dispensée à tous ceux qui ont une activité professionnelle qui concerne les personnes âgées. Cette formation doit être initiale et continue, elle concerne en particulier, mais non exclusivement, tous les corps de métier de la santé.

Ces intervenants doivent bénéficier d'une analyse des attitudes, des pratiques et d'un soutien psychologique.

ARTICLE XI - RESPECT DE LA FIN DE VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Certes, les affections sévères et les affections mortelles ne doivent pas être confondues : le renoncement thérapeutique chez une personne curable constitue un risque aussi inacceptable que celui d'un acharnement thérapeutique injustifié. Mais, lorsque la mort approche, la personne âgée doit être entourée de soins et d'attentions adaptés à son état.

Le refus de l'acharnement ne signifie pas un abandon des soins mais doit, au contraire, se traduire par un accompagnement qui veille à combattre efficacement toute douleur physique et à prendre en charge la douleur morale.

La personne âgée doit pouvoir terminer sa vie naturellement et confortablement, entourée de ses proches, dans le respect de ses convictions et en tenant compte de ses avis.

Que la mort ait lieu au domicile, à l'hôpital ou en institution, le personnel doit être formé aux aspects techniques et relationnels de l'accompagnement des personnes âgées et de leur famille avant et après le décès.

ARTICLE XII - LA RECHERCHE : UNE PRIORITE ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Seule la recherche peut permettre une meilleure connaissance des déficiences et des maladies liées à l'âge et faciliter leur prévention.

Une telle recherche implique aussi bien les disciplines biomédicales et de santé publique, que les sciences humaines et les sciences économiques.

Le développement d'une recherche gérontologique peut à la fois améliorer la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, diminuer leurs souffrances et les coûts de leur prise en charge.

Il y a un devoir de recherche sur le fléau que représentent les dépendances associées au grand âge. Il y a un droit pour tous ceux qui en sont ou en seront frappés à bénéficier des progrès de la recherche.

ARTICLE XIII - EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance devrait voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Ceux qui initient ou qui appliquent une mesure de protection ont le devoir d'évaluer ses conséquences affectives et sociales.

L'exercice effectif de la totalité de leurs droits civiques doit être assuré aux personnes âgées y compris le droit de vote, en l'absence de tutelle.

La sécurité physique et morale contre toutes agressions et maltraitances doit être sauvegardée.

Lors de l'entrée en institution privée ou publique ou d'un placement dans une famille d'accueil, les conditions de résidence doivent être garanties par un contrat explicite, la personne âgée dépendante peut avoir recours au conseil de son choix.

Tout changement de lieu de résidence ou même de chambre doit faire l'objet d'une concertation avec l'intéressé.

Lors de la mise en oeuvre des protections prévues par le Code Civil (sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle), il faut considérer avec attention que :

le besoin de protection n'est pas forcément total, ni définitif ;

la personne âgée dépendante protégée doit pouvoir continuer à donner son avis chaque fois que cela est nécessaire et possible ;

la dépendance psychique n'exclut pas que la personne âgée puisse exprimer des orientations de vie et doit toujours être informée des actes effectués en son nom.

ARTICLE XIV - L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Cette information doit être la plus large possible. L'ignorance aboutit trop souvent à une exclusion qui ne prend pas en compte les capacités restantes ni les désirs de la personne.

L'exclusion peut résulter aussi bien d'une surprotection infantilisante que d'un rejet ou d'un refus de la réponse aux besoins.

L'information concerne aussi les actions immédiates possibles. L'éventail des services et institutions capables de répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes est trop souvent méconnu, même des professionnels.

Faire toucher du doigt la réalité du problème et sa complexité peut être une puissante action de prévention vis-à-vis de l'exclusion des personnes âgées dépendantes et peut éviter un réflexe démissionnaire de leur part.

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leur liberté d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

15. Bibliographie.

15.1 Ouvrages cités.

BARTHELEMY, J-J. *Voyage du jeune Anarchasis en Grèce*. Paris. Didot. 1817

BENTHAM, J. *Déontologie ou science de la morale*. Versanne. Encre marine. 2006.

_ *Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'art et science.* Paris. Bossange. 1823.

BERGEL, J-L. *Théorie générale du droit.* Paris. Dalloz. 1998

BERTIN, E. *Gérontologie, Psychanalyse et Déshumanisation*. Paris. L'Harmattan. 1999

BOGAARDS, P & AL. *Quitte ou Double sens.* Amsterdam-New York. Rodopi. 2001.

BOUCHARD, N ; LAPREE, R. *Eduquer le sujet éthique*. Sainte-Foy. PUQ. 2004

BOURASSE, J-J ; Janvier, P. *Bible de Tours*. Paris. Jean de Bonnot. 1985

BOURGUIGNON, O. *La déontologie des psychologues*. Paris. Armand Colin. 2005.

CLAVREUL, J. *Le désir et la loi*. Paris, Denoël, 1987.

DE M'UZAN, M. *Le même et l'identique* in *De l'art à la mort*. Paris. Gallimard. 1977

DOR, J. *Introduction à la lecture de Lacan*. Paris, Denoël, 1985.

FELICIAN, J. *L'orient du psychanalyste*. Paris. L'Harmattan. 1995

_ *Tu m'as laissé tomber*. Article inédit

FONDATION NATIONALE DE GERONTOLOGIE. *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, Avant-Propos.* 2007.

FONTANIER, P. *Les figures du discours*. Paris, Flammarion, 1977

FREUD, S. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris, PUF, 2005.

_ *Introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1989

_ *L'homme aux loups*. Paris. PUF. 1954

_ *L'interprétation des rêves*. Paris, Gallimard, 1967

_ *L'organisation génitale infantile*. Paris. PUF. 2002.

_ *La naissance de la psychanalyse*. Paris, PUF, 1956
_ *La perte de la réalité dans la névrose et la psychose*. Paris. PUF. 1973
_ *Le clivage du moi dans les processus de défense*. Paris. PUF. 1985
_ *Le fétichisme*. Paris. PUF. 2002
_ *Quelques conséquences psychiques de la différence anatomique entre les sexes*. Paris. PUF. 2002
_ *Répétition, remémoration et perlaboration.* Paris. PUF. 1999
_ *Résultats, idées, problèmes II*. Paris, PUF, 1985
_ *Sur la psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine* in *Névrose, psychose et perversion*. Paris. PUF. 1973 (1920) p.246
_ *Sur le rêve*. Paris, Gallimard, 1988. p.92
_ *Totem et tabou*. Paris, Payot, 1966.
_ *Trois essais sur la théorie sexuelle.* Paris. Gallimard. 1985 (1905).
_ *Un trouble de mémoire sur l'Acropole* in *Résultats, idées, problèmes II*. Paris. PUF. 1985
GORI, R. *Acting out-de-parole* in *Cliniques méditerranéennes 29/30*. Paris. Erès. 1991. p.15
_ *La preuve par la parole*. Paris, Puf, 1996.
GREEN, A. *Le complexe de castration*. Paris. PUF. 1990
HOFFMANN, E.T.A. *L'histoire du reflet perdu* in *Contes fantastiques complets*. Paris, Flammarion, 1964.
_ *Les automates* in *Nouvelles musicales*. Paris, Stock, 1984.
KAES, R. *Crise, rupture et dépassement*. Paris. Dunod. 1979.
_ *L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques.* Paris. Dunod. 2000.
_ *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris, Dunod, 2004
LACAN, J. *Conférences et entretiens dans des universités nord-américaines* in *Scilicet.* N° 6/7. 1975.
_ *Ecrits*. Paris, Seuil, 1966.
_ *L'angoisse, séminaire X*. Paris. Seuil. 2004.
_ *L'éthique de la psychanalyse*. Paris, Seuil, 1986.
_ *La relation d'objet*. Paris. Seuil. 1998.
_ *Séminaire III, Les Psychoses*. Paris, Seuil, 1981. p.247

LAFORGUE, R. *Essais sur la schizonoïa*. Paris. Mont-Blanc. 1965
LAPLANCHE, J ; PONTALIS, J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris. PUF. 1967.
LAPLANCHE, J. *L'inconscient : une étude psychanalytique* in *VIème Colloque de Bonneval*. Paris, Desclée de Brouwer, 1996.
LAPLANCHE, J. *Problématiques I*. Paris, PUF, 1980.
LELEUX, C. *Réflexions d'un professeur de morale.* Bruxelles. Démopédie. 1997.
MANNONI, O. *Clefs pour l'imaginaire ou l'autre scène*. Paris. Seuil. 1969.
MAYAUD, Y ; ALLAIN, E ; GOYET, C. *Code pénal*. Paris. Dalloz. 2008
QUADERI, A. *La psychanalyse au risque de la démence*. (thèse). Aix-Marseille 1, Université de Provence, 2001.
_ *Violence traumatique en gériatrie*. Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. Eres, 42.
QUINTILIEN. *Institution oratoire*. Paris, Société d'édition des Belles Lettres, 1980. VIII, 6, 16.
RANK, O. *Don Juan et le Double*. Paris, Payot, 2001.
REVERDY, P. *Plupart du temps 1915-1922*. Paris, Flammarion, 1989.
REY-FLAUD, H. *« Et Moïse créa les Juifs… »*. Paris, Flammarion, 2006.
ROSOLATO, G. *Difficultés à surmonter pour une esthétique psychanalytique* in *Essais sur le symbolique*. Paris, Gallimard, 1969.
_ *Etude des perversions sexuelles à partir du fétichisme* in *Le désir et la perversion*. Paris, Seuil, 1967.
ROSSET, C. *Le réel et son double*. Paris, Gallimard, 1993.
RUSSELL, B. *Signification et vérité*. Paris. Flammarion. 1959
VERNANT, D ; POPELARD M-D. *Eléments de logique*. Paris. Seuil.1998.
VON WRIGHT, G. Deontic Logic, *Mind*, vol. 60, n° 237, JSTOR, 1951
WATZLAWICK, P. *Une logique de la communication*. Paris. Seuil. 1972.

15.2 Ouvrages utilisés.

ACADEMIE FRANCAISE (coll). *Dictionnaire de l'académie française, huitième édition*. Paris, Hachette, 1932.

ARISTOTE. *Organon*. Paris. Librairie philosophique J.Vrin. 1992.

LA FONTAINE, J. *Fables*. Paris, Gallimard, 2005.

JACOB, A. *Encyclopédie philosophique universelle.* Paris. PUF. 1997.

LALANDE, A. *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Paris. PUF. 1992.

LITTRE, E. *Dictionnaire le Littré*. Version electronique. XMLittré.

MIJOLLA, A & AL. *Psychanalyse*. Paris. PUF. 1996.

QUEMADA, B. *Trésor de la langue française informatisé.* Paris, CNRS, 2004.

16. Index des concepts et mots-clés.

acting-out 148, 150, 156, 157, 158, 159, 160, 165, 166, 167, 168, 169, 173

contrat narcissique 79, 83, 96, 172

déontologie 3, 5, 6, 13, 19, 20, 94, 96, 97, 98, 99, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 113, 114, 116, 118, 133, 171, 172, 183

désaveu 1, 3, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 32, 33, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 47, 53, 54, 56, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 96, 97, 118, 129, 130, 131, 132, 134, 138, 141, 145, 147, 161, 162, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174

dilemme 3, 110, 114, 118, 119, 120, 121, 161, 173

double 70, 71, 74, 75, 76, 79, 81, 83, 84, 86, 87, 122, 124, 127, 128, 129, 143, 171, 175, 185

éthique 6, 12, 13, 20, 41, 97, 101, 102, 103, 105, 107, 109, 115, 119, 120, 121, 132, 183, 184

impensé 1, 6, 7, 21, 132, 134, 160, 170, 171, 174

inquiétante étrangeté 3, 45, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 56, 171

logique déontique 110, 111, 114, 173

maltraitance 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 35, 47, 48, 51, 54, 56, 57, 74, 77, 78, 79, 80, 81, 84, 85, 86, 87, 89, 91, 94, 103, 105, 106, 113, 115, 128, 129, 132, 134, 136, 137, 138, 145, 147, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 160, 162, 164,165, 166, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

métaphore 18, 48, 54, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 71, 72, 75, 76

métonymie 57, 60, 65, 66, 67, 68, 69, 73, 74, 75, 76

morale 72, 88, 95, 97, 98, 101, 102, 103, 107, 111, 119, 120, 180, 181, 182, 185

pacte dénégatif 15, 16, 17, 19, 20, 36, 40, 44, 46, 48, 71, 79, 80, 83, 96, 118, 171, 172

paradoxe 3, 75, 76, 77, 110, 121, 122, 123, 124, 125

passage à l'acte 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 164, 173

répétition 1, 3, 21, 22, 52, 54, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 158, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 170, 171, 173, 174, 175

souffrance 6, 7, 8, 11, 12, 20, 21, 22, 36, 71, 81, 85, 117, 132, 133, 136, 152, 172, 173

transfert 3, 21, 40, 54, 60, 135, 139, 140, 141, 146, 147, 151, 152, 154, 155, 158, 159, 160, 161, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 173, 174

17. Index des auteurs.

B

BARTHELEMY, 119
BENTHAM, 95
Bourasse, 118
BERGEL, 115
BERTIN, 112, 113, 114, 115

BOGAARDS, 137

BOURGUIGNON, 114-119

C

CLAVREUL, 36

D

DE M'UZAN, 157-161
DOR, 80, 83-85

F

FELICIAN, 188
FONTANIER, 77
FREUD, 9, 35-39, 43,49, 68; 72, 74, 76, 85, 94, 98, 133, 155, 162, 164, 170, 172, 177, 181

G

GORI, 165, 166, 172, 181, 182
GREEN, 36

H

HOFFMANN, 66, 67, 68, 70

K

KAES, 6, 7, 14, 15, 43, 53, 54, 56, 94, 106, 108, 176

L

LACAN, 13, 40, 74, 77-85, 163-165, 170, 171, 183
LAFORGUE, 36, 133
LALANDE, 116l
LAPLANCHE, 38, 84-85
LELEUX, 134

M

MANNONI, 9, 10, 43, 49, 91
MAYAUD, 105

P

PONTALIS, 38
POPELARD, 129

Q

QUADERI, 17-20, 62, 147, 159, 160, 168, 177, 182
QUINTILIEN, 77, 82

R

RANK, 69-73
REVERDY, 79
REY-FLAUD, 43, 98-99
ROSOLATO, 41-43, 49, 73, 74, 85, 86, 91, 92, 93, 95
ROSSET, 90
RUSSELL, 138

V

VERNANT, 129

W

WATZLAWICK, 138-145, 186

18. Table des matières.

Prolégomènes

1. Introduction générale, problématique & heuristique. p.5
2. Présentation des phénomènes de maltraitance dans le champ gérontologique. p.22
   - 2.1. Historique et cadre politique en France. p.22
   - 2.2. La maltraitance : définition et typologie. p.24
   - 2.3. Données statistiques. p.27
   - 2.4. Cadre juridique. p.29
   - 2.5. Conclusion. p.33
3. Le désaveu, introduction conceptuelle. p.35
   - 3.1. La *Verleugnung* freudienne. p.35
   - 3.2. Destins de la *Verleugnung* chez les post-freudiens. p.41
   - 3.3. Perspectives de recherche et conclusion. p.45

Première partie
Axe central : le désaveu, opérateur central des phénomènes de maltraitance par négligence.

4. Pour introduire le pacte de désaveu. p.48
5. Les modalités négatives du pacte et sa mise en échec. p.58
6. D'un possible rapport entre le Double et l'objet-fétiche. p.73
   - 6.1. Métaphore et métonymie. p.74
     - 6.1.1. L'origine freudienne : déplacement et condensation. p.74
     - 6.1.2. L'élaboration lacanienne. p.77
       - 6.1.2.1 La métaphore. p.77
       - 6.1.2.2. La métonymie. p.81
       - 6.1.2.3. Divergences théoriques. p.83
   - 6.2. Les tropes et le double. p.86
     - 6.2.1. Le double et l'objet-fétiche. p.90
     - 6.2.2. Les enjeux narcissiques. p.94
7. De désaveu. p.96
   - 7.1. Un double désaveu. p.96
     - 7.1.1. Origines du concept. p.98
     - 7.1.2. Un désaveu originel. p.99
   - 7.2. Désaveu et réalité. p.102
   - 7.3. Conclusion. p.109

Deuxième partie
Interstice : L'échec de la déontologie, effet opératoire du désaveu. Détours psycho-logique.

8. La déontologie : présentation et introduction structurale. p.112
   8.1. Historique et définition. p.112
   8.2. Un exemple : le code de déontologie des psychologues. p.113
   8.3. Structure et fondements de la règle déontologique. p.115
      8.3.1 Les préceptes éthico-déontologiques. p.115
9. Déontologie et soignants : le cas de la maltraitance institutionnelle. p.119
   9.1. Infirmiers et aides-soignants : textes règlementaires. p.119
   9.2. Déontologie et maltraitance institutionnelle. p.121
10. L'échec de la déontologie : logique, dilemme & paradoxe. p.126
   10.1. La logique déontique. p.126
      10.1.1. Applications possibles. p.127
      10.1.2. Un nouvel espace. p.130
   10.2. Le dilemme moral. p.134
   10.3. Au-delà du dilemme moral : le paradoxe. p.136
      10.3.1. Le double-bind. p.139
      10.3.2. Maltraitance institutionnelle et double-contrainte. p.143
   10.4. Conclusion. p.145

Troisième partie
Axe transversal : La répétition, corrélat du désaveu. Vers une potentialité clinique.

11. La compulsion organisée. p.148
   11.1. Répétition et impensé. p.150
      11.1.1. La répétition : apports psychanalytiques. p.150
      11.1.2. L'impossible mise au passé. p.152
   11.2 Répétition et transfert. p.154
      11.2.1. La répétition de la répétition. p.156
12. Retour sur le transfert : horizons cliniques. p.161
   12.1. Agir institutionnel et agir transférentiel. p.162
      12.1.1. Le passage à l'acte de/dans l'institution. p.163
         12.1.1.1. Elaboration post-freudiennes. p.163
         12.1.1.2. Répétition à l'identique, agir institutionnel et maltraitance. p.166
   12.2. La relation clinique : vers un dire possible sur la maltraitance. p.169
      12.2.1. L'*acting-out-de-parole*. p.170
      12.2.2. L'acting-out : une potentialité clinique. p.173
   12.3. Perspectives cliniques et conclusion. p.176

13. Conclusion & ouverture. p.184

14. Annexes. p.190
15. Bibliographie. p.196
16. Index des concepts. p.200
17. Index des auteurs. p.202
18. Table des matières. p.203