



HAL
open science

De la répulsion des soignants

Pauline Deboves

► **To cite this version:**

Pauline Deboves. De la répulsion des soignants. *Oxymoron*, 2012, Art, Science et Psychanalyse, 4. hal-03651176

HAL Id: hal-03651176

<https://hal.science/hal-03651176>

Submitted on 25 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

De la répulsion des soignants

Pauline Deboves

Pauline Deboves est actuellement en dernière année d'un Master recherche de psychologie clinique à l'Université de Nice. Son projet de thèse porte sur la question du transfert dans les relations soignant-soignés notamment chez des patients atteints de maladie d'Alzheimer. pdeboves@gmail.com

La maladie d'Alzheimer touche aujourd'hui plus de huit cent soixante mille personnes en France, aucun traitement médical n'a été trouvé pour permettre de déjouer ses conséquences et l'inéluctabilité de la mort. Troubles mnésiques, altération de la parole, et troubles du comportement viennent ainsi ravager les sujets déments qui, de surcroît se sentent souvent persécutés par l'environnement qui les entoure. Certains sont placés en institution et doivent alors se heurter à un double problème : d'une part, à la crise institutionnelle qui marque notre époque ; d'autre part, à un rejet, une violence sans précédent et un déni de leur pathologie qui aboutit finalement à un déni de la totalité de leur être. Le fait est que les soignants tentent de se défendre face à cette difficile réalité constituée par la démence de type Alzheimer. Devenu objet plutôt que sujet, le dément s'enfoncé ainsi un peu plus dans sa détresse...

idéal du moi, moi-hideur, abjection, déni, sujet

Today, Alzheimer's disease affects over eight hundred and sixty thousand people in France; no medical treatment has been found to help thwart its consequences and inescapable death. Memory, speech as well as behavioural problems deeply affect the demented persons who, moreover, often feel persecuted by the surrounding environment. Some are placed in nursing homes and come up against two problems: on the one hand, the institutional crisis prevalent in our society; on the other hand, rejection, unprecedented violence and a denial of their illness which in the end leads to a denial of their entire being. The fact is that carers try to defend themselves when faced with the difficult reality of dementia as observed in Alzheimer's patients. Rather than being a subject, the demented person becomes an object and sinks deeper and deeper into his/her distress as a result...

Self-ideal, Self-hideousness, abject, denial, subject

Introduction

Nous sommes amenée à rencontrer Mme D. « en urgence » au sein de l'EHPAD qui l'accueille depuis une semaine, à la demande de la responsable et de l'infirmière coordinatrice, qui disent ne plus savoir quoi faire pour lui faire comprendre qu'elle ne peut pas partir.

D'après les dires de la directrice, « Elle s'énerve contre tout le monde ».

Mme D. souffre d'une démence de type Alzheimer au stade léger.

Nous apercevons alors une femme assise dans le fauteuil près de la porte, rouge de colère, qui crie sur les soignants « laissez-moi partir je vais mourir ici ». Ils tentent de la canaliser... en lui fulminant « calmez-vous tout de suite sinon ça va mal finir ! » ou encore « arrêtez de toute façon vous ne partirez pas d'ici ! ». Nous nous approchons alors doucement de Mme D., elle nous regarde et nous dit « si vous aussi vous êtes là pour me dire de rester laissez-moi ». Nous tentons de lui faire comprendre que ce n'est pas le cas, que nous aimerions juste discuter avec elle si elle veut bien, qu'elle peut nous raconter ce qui la rend si mal si elle le souhaite, et que nous nous occuperions volontiers d'elle. Elle nous demande d'aller aux toilettes, nous l'accompagnons. Nous marchons côte à côte, posons une main contre son dos qu'elle repousse en disant qu'elle est encore capable de marcher seule. Elle se trouva plus calme durant ce trajet. Nous revenons des toilettes, elle regarde les soignants et s'énerve de nouveau. Nous tentons de l'emmener dans une autre pièce mais elle refuse catégoriquement. Elle s'assied, approche son visage du notre, et nous chuchote : « je m'énerve mais pas contre vous car vous vous comprenez ». Elle accepte la main que nous posons sur la sienne. Elle reste très angoissée malgré tout, nous raconte qu'elle veut rentrer chez elle pour aller voir son courrier, prévenir la concierge de son absence et être chez elle au cas où sa famille appellerait. Elle amène aussi un cauchemar qu'elle a fait cette nuit et explique qu'en général elle fait des rêves prémonitoires. Nous lui demandons si elle veut en parler, elle nous répond que oui mais qu'elle a peur que nous nous moquions « aussi ». Nous l'écoutons. Elle a rêvé qu'elle mourait. Elle explique que si elle ne sort pas d'ici elle va mourir car elle est emprisonnée. Nous sommes interrompus par l'arrivée du docteur qui l'emmène dans sa chambre pour lui administrer un calmant, « en urgence ».

A partir de ces éléments cliniques, comment pouvons-nous entendre les menaces de la soignante vis-à-vis de cette patiente ? En d'autres termes, que vient provoquer la réalité de la démence de type Alzheimer pour que le moi du soignant cherche à s'en défendre par tous les moyens?

La réalité de la démence de type Alzheimer

D'une façon générale, la démence est définie comme une « altération progressive de la mémoire et de l'idéation, suffisamment marquée pour handicaper les activités de la vie de tous les jours, apparue depuis au moins six mois, et un trouble d'au moins une des fonctions suivantes : langage, calcul, jugement, praxie, gnosie¹ ».

La maladie d'Alzheimer correspond à une affection neurodégénérative du système nerveux central qui provoque une détérioration progressive et durable des fonctions cognitives, en raison de lésions neuropathologiques spécifiques (plaques amyloïdes et dégénérescence neurofibrillaire). C'est la démence la plus répandue. Elle engendre notamment une perte progressive de la mémoire, de la parole, et provoque généralement des troubles des conduites élémentaires (sommeil, alimentation, conduites sexuelles...), une montée en puissance des troubles affectifs (dépression, anxiété, exaltation de l'humeur) et comportementaux (agitation, instabilité psychomotrice, compulsions...), voire même des manifestations de type psychotique (délires, hallucinations, troubles de l'identification).

¹ Hazif-ThomaS, C & Arroyo-Anllo, T. (1999), « Histoire du concept de démence », in *Gérontologie et société*, n°88, p. 49-78.

En outre, en raison de la détérioration progressive de ses fonctions cognitives et des lésions neuropathologiques, le sujet dément ne parvient plus à trier les informations utiles de celles qui ne le sont pas. En 2010, dans son habilitation à diriger les recherches², Quaderi insiste sur le fait que le sujet dément ne peut se détacher de l'instant présent, il vit dans l'immédiateté et est enfermé dans un présent immuable et répétitif. Il pense que tout lui est adressé, et cherche ainsi constamment à tout interpréter. Chaque mot, chaque geste, chaque stimulus ne sont pas compris. Sa position subjective peut alors être qualifiée de paranoïde.

Pourtant, comme le note Freud³, certaines informations provoquant un « affect pénible » ont tout intérêt à être oubliées. Seulement, le sujet dément ne peut s'en défaire et ne cesse de vouloir se souvenir. C'est ce qui amènera Quaderi à affirmer que « le dément souffre en réalité de son incapacité d'oublier qu'il ne peut plus oublier de se souvenir⁴ ».

Malheureusement, face aux cris et aux déambulations incessantes des sujets déments de type Alzheimer, il n'est que très rarement envisagé que ces manifestations comportementales puissent signifier quelque chose. Le sujet dément devient « différent de nous », il « fait peur ». Les troubles mnésiques, l'altération de la parole, les troubles du comportement...sont autant de facteurs qui « déshumanisent » le sujet dément. Le fait est que sa capacité à s'exprimer par la parole est fortement mise à mal alors que c'est ce qui constitue l'essence humaine. Il se retrouve dans une impossibilité de dire, de se souvenir, et donc d'être. Témoins d'une grande souffrance psychique et constituant d'authentiques appels de détresse, ses comportements se voient souvent considérés comme insensés.

De la violence

Il est alors fréquent de constater que beaucoup de soignants nient la pathologie du sujet dément, et en arrivent souvent à le violenter.

En 2002, l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit la violence comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne un risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal développement ou une carence ». Cette violence peut être physique, psychologique, matérielle, ou sexuelle.

Le sujet est réduit à un être de besoins à qui il faut donner des soins. Seulement, ce n'est pas un même soignant qui donne les soins mais plusieurs ; ainsi, le soignant en arrive à s'occuper d'une partie d'un corps et non plus d'un sujet à part entière. Il ne s'agit plus d'un soin à donner, mais d'une tâche à accomplir.

Le corps du patient est objectivé, ses désirs, sa subjectivité sont écartés. L'altération de la parole du sujet dément de type Alzheimer accentue cette négligence car il lui est impossible de formuler ce dont il a besoin ou envie. Un soignant déclarera : « de

² Quaderi, A. (2010), Habilitation à Diriger des Recherches : « Mais un dément, cela n'existe pas », Laboratoire de recherche en psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Provence - Aix-Marseille.

³ Freud, S. (1899), « Sur les souvenirs-écrans », in *Névrose, psychose et perversion*, Paris : PUF, 1973.

⁴ Quaderi, A. (2007), « Mémoire et souvenir dans la clinique du dément », in *Le journal des psychologues*.

toute façon, je peux faire ce que je veux, il ne peut rien me dire ». Il lui est imposé un quotidien rythmé par les soins à donner (la toilette, les repas, les protections à changer en pleine nuit...). Telle est la conception de Gori : « L'hôpital contraint sans cesse le corps du malade à devoir être infiniment disponible au corps soignant, réveillé la nuit pour des prises de sang ou des médicaments, étendu le matin très tôt, à jeun, sur un brancard en attente d'une intervention ou d'un examen qui n'aura lieu parfois qu'en fin de matinée, voire de journée. Il y a là une mise à disposition du corps du malade aux exigences du « corps hospitalier », une expropriation du corps du malade⁵ ».

L'imposition d'un rythme de vie, l'alternance fréquente du personnel soignant, la rare prise en compte de l'histoire de vie du sujet réduit à un statut d'énième résident à prendre en charge, l'institution fait potentiellement violence... Actes, gestes, et paroles font effraction dans le moi du sujet.

La brutalité des cris et des menaces de la soignante sur Mme D constituent une authentique forme de violence qui ne fait qu'augmenter son angoisse, son agressivité, et surtout sa détresse. Cet élément a en effet été soulevé par Charazac qui note que les conséquences du comportement des soignants face au sujet dément peuvent être désastreuses. Ainsi, « le soignant troublé induit chez le patient un sentiment d'insécurité qui accroît son trouble⁶ ». Il ajoute même que « le trouble de la relation préexiste au trouble du comportement⁷ ». Ainsi, une mauvaise relation, voire même une absence de relation, peut déclencher ou aggraver des troubles du comportement du sujet dément. C'est ce qui s'est passé dans la scène relatée avec Mme D.

Pourtant, les verbalisations de Mme D. sont à entendre différemment quand nous savons que par leurs troubles de la parole liés à la démence de type Alzheimer, les sujets déments parlent par métaphores éteintes. Cette notion a été mise en avant par John R. Searle⁸, qui a défini six types d'énonciation qui doivent permettre de repérer à quel moment nous pouvons parler d'énonciation dans le discours du dément. La métaphore éteinte nous amène à modifier et adapter notre écoute en comprenant le sens qui se cache derrière le dire du patient.

Ainsi, par sa demande de rentrer chez elle, nous comprenons que Mme D. réclame en réalité un lieu sécurisant où elle se sent bien, où elle a des repères. C'est pourquoi nous avons cherché à la rassurer et voulu l'emmener dans un endroit qui puisse l'apaiser, lui permettre de se sentir en sécurité et lui faire sentir que nous étions là pour nous occuper d'elle.

A partir de là et de ce que nous savons des troubles liés à la démence de type Alzheimer, nous pouvons nous recentrer particulièrement sur notre interrogation initiale, celle de savoir ce que vient provoquer la réalité de la démence de type Alzheimer pour que le soignant en arrive à violenter le sujet dément.

Le sujet dément, et plus largement le sujet âgé, représente, au sein des institutions de soins, la mort. La perte d'autonomie, la diminution des capacités physiques,

⁵ Gori, R. & Del Volgo, M.-J. (2009), « Le corps exproprié et la maladie du malade », in *La santé totalitaire*, Paris : éditions « Champs ».

⁶ Charazac, P. (2009), *Soigner la maladie d'Alzheimer –Guidance des aidants et relation soignante*, Paris : Dunod.

⁷ *Ibid*, 2009.

⁸ Searles, J.R. (1979). *Sciences et expressions*. Paris : Les Éditions de Minuit.

l'incapacité d'assouvir ses propres besoins, ainsi que les altérations cognitives, rappellent constamment la proximité d'avec cette mort. Quaderi dira à ce sujet que « la dépendance psychique (« la mort avant la mort », pour reprendre l'expression d'un soignant), communément associée à la maladie d'Alzheimer, sanctionne la perte de la raison et de l'appréhension de la réalité⁹ ». Il y a une tâche à réaliser sur un corps qui devient objet...de moqueries, de menaces (violences psychologiques) ou de coups.

Les altérations mnésiques, verbales, et comportementales liées à la maladie d'Alzheimer, viennent contrarier un peu plus la relation initialement difficile avec le sujet âgé. Non seulement « vieux », « malade », le sujet dément « perd la tête », « s'exprime mal voire plus du tout ». Il crie, déambule sans cesse, frappe... « On ne dirait plus un humain » et « il n'y a plus rien à faire ». « C'est une double charge de travail et on n'a aucun retour ». « Ce serait atroce de finir comme ça ».

Une brutale désillusion a l'origine d'un conflit intrapsychique

Ce dernier argument d'un soignant apporte un premier indice dans l'élaboration de notre réflexion. Le « ce serait atroce de finir comme ça » montre qu'il y a là un élément de la réalité, celle des symptômes provoqués par la démence, qui vient brutalement mettre fin à une illusion sur laquelle chacun d'entre nous s'appuie pour vivre : l'illusion de notre immortalité, de l'infinitude de notre moi.

C'est alors qu'après l'effroi provoqué par la réalité de la démence, et par conséquent la désillusion de l'infinitude du moi, plane une angoisse. Ces termes d'effroi et d'angoisse sont évidemment à entendre au sens freudien du terme, le premier correspondant à un « état qui survient quand on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé ; il met l'accent sur le facteur surprise¹⁰ » et le second caractérisant un « état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci, même s'il est inconnu¹¹ ».

Le moi du soignant voit alors sa part de finitude alors qu'il s'illusionnait jusqu'alors de son infinitude. Le sujet dément le renvoie à une part de lui-même, il se voit vieux, malade, frappé par la déchéance. Cet argument nous oriente vers Messy qui a parlé de « moi hideur¹² ». Ce « moi hideur » serait issu du stade du miroir brisé, lui-même déclenché par une tension agressive lors de la rencontre imaginaire et anticipée de la propre vieillesse. C'est ainsi qu'apparaîtrait un désir de mort envers cet autre qui nous aliène. Normalement c'est l'idéal du moi qui devrait réguler cette tension mais les discours de la société influent sur lui et il se sent moins attrayant : c'est ce que Messy appelle « hideur du moi ». Il en résulterait une forte tension entre le moi et le moi hideur (qui correspond donc à l'image anticipée et fugitive du corps morcelé) aurait pour conséquence l'autodestruction du sujet.

⁹ Quaderi, A. (2004), « Violence traumatique en gériatrie », in *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 42: 165-172.

¹⁰ Freud, S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in *Essais de Psychanalyse*, trad. fr. J. Laplanche, J.-B. Pontalis, Paris : « Petite Bibliothèque » Payot, 1982.

¹¹ *Ibid*, 1982.

¹² Messy, J. (2002), *La personne âgée n'existe pas. Approche psychanalytique de la vieillesse*. Paris : Payot

Le moi des soignants est donc menacé par la réalité de la démence et le terme qu'elle met aux illusions d'infinitude et de toute puissance du moi. C'est pour cela qu'il va se défendre. Une défense est fondamentalement pour la Psychanalyse un acte par lequel un sujet confronté à une représentation insupportable la refoule, faute de se sentir les moyens de la lier, par un travail de pensée aux autres pensées.

Ainsi, suite à cela, le soignant est envahi par une peur irrationnelle de mourir. La proximité d'avec la déchéance physique et psychique résonne comme la matérialisation du réel de la mort. Ainsi, le sujet dans le besoin, qui nécessite de l'aide, incarne la dépendance, la maladie, la mort à venir, relève de l'horreur pour le soignant.

En termes psychanalytiques, il s'agit ici d'un conflit qui oppose l'idéal du moi et le moi hideur ; un conflit entre d'un côté un idéal qui appelle à la vivacité du corps et de l'esprit, à l'autonomie, l'activité ; et d'un autre côté le « vieux » dépendant, sénile et grabataire. Il s'agit d'une véritable attaque narcissique pour le soignant.

La démence constitue dès lors une douloureuse épreuve de réalité qui vient souligner l'inéluctabilité de la finitude et ses prémisses que sont le déclin physique et/ou cognitif.

De la répulsion

Dans *Pulsions et destins des pulsions*¹³, Freud amène le concept de pulsion en le définissant comme « un concept limite entre le psychique et le somatique, comme le représentant psychique des excitations, issues de l'intérieur du corps et parvenant au psychisme ». Plus l'excitation augmente et plus la sensation de déplaisir augmente ; à l'inverse, plus elle diminue et plus la sensation de plaisir peut se faire sentir. Ce sentiment de plaisir ou déplaisir vient caractériser la relation du moi à l'objet (sous réserve que le stade purement narcissique ait été dépassé).

Ce qui nous intéresse particulièrement ici est son explication quant à une relation moi / objet provoquant du déplaisir, puisque nous pouvons y associer la relation entre soignant et sujet dément. Voilà ce qu'il en dit : « Quand l'objet est source de sensations de déplaisir, une tendance s'efforce d'accroître la distance entre lui et le moi, de répéter à son propos la tentative originaire de fuite devant le monde extérieur, émetteur d'excitations. Nous ressentons la « répulsion » de l'objet et nous le haïssons ; cette haine peut ensuite aller jusqu'à une propension à l'agression contre l'objet, une intention de l'anéantir ». Nous avons ainsi ici une approche permettant d'avancer sur l'origine de la maltraitance en gériatrie.

Kristeva va plus loin sur cette notion de répulsion et introduit le concept d'abjection. L'abjection semble être propre à chaque sujet face à un danger ou à quelque chose d'inconcevable pour son moi. Kristeva déclare : « Il y a, dans l'abjection, une de ces violentes et obscures révoltes de l'être contre ce qui le menace et qui lui paraît venir d'un dehors ou d'un dedans exorbitant, jeté à côté du possible, du tolérable, du pensable. C'est là, tout près mais inassimilable. Ça sollicite, inquiète, fascine le désir qui pourtant ne se laisse pas séduire. Apeuré, il se détourne. Ecœuré, il rejette. Un absolu le protège de l'opprobre, il en est fier, il y tient. Mais en même temps, quand même, cet élan, ce spasme, ce saut, est attiré vers un ailleurs aussi tentant que

¹³ Freud, S., (1915), « Pulsions et destins des pulsions », in *Métopsychoanalyse*, Paris : Folio essais, 1968, p. 17.

condamné. Inlassablement, comme un boomerang indomptable, un pôle d'appel et de répulsion met celui qui en est habité littéralement hors de lui¹⁴.» L'auteur parle d'une « répulsion, [d'un] haut-le-cœur qui m'écarte et me détourne de la souillure, du cloaque, de l'immonde. [...] Sursaut fasciné qui m'y conduit et m'en sépare¹⁵ ». Le sentiment d'abjection se divise alors en deux phases relevant d'une ambivalence conflictuelle indiscutable : la répulsion et la fascination. Le moi est ainsi clivé : dans une tentative de maîtriser l'angoisse, deux réactions simultanées et opposées apparaissent. L'une tient compte de la réalité frustrante, l'autre cherche la satisfaction.

Laplanche et Pontalis donnent la définition suivante du clivage du moi : « Terme employé par Freud pour désigner un phénomène bien particulier qu'il voit à l'œuvre surtout dans le fétichisme et les psychoses : la coexistence, au sein du moi, de deux attitudes psychiques à l'endroit de la réalité extérieure en tant que celle-ci vient contrarier une exigence pulsionnelle : l'une tient compte de la réalité, l'autre dénie la réalité en cause et met à sa place une production du désir¹⁶ ».

La répulsion est une pulsion violente. L'objet de l'abjection est alors ressenti comme une menace contre laquelle il faut se protéger en le rejetant. Il s'agit ici de la démence et de ses manifestations. Cette observation de Kristeva peut être rattachée à ce que Freud disait en évoquant le déplaisir : « La plus grande part du déplaisir que nous éprouvons est en effet du déplaisir provoqué par des perceptions. Il peut s'agir de la perception de la poussée de pulsions insatisfaites ou bien d'une perception extérieure, qu'elle soit pénible en elle-même ou qu'elle éveille dans l'appareil psychique des attentes déplaisantes et soit reconnue par lui comme « danger »¹⁷ ».

La phase de fascination s'explique quant à elle ainsi : lorsque la Psychanalyse parle d'objet, elle parle d'objet de désir. Ainsi l'objet de l'abjection n'est pas si abjecte que ça, il sollicite, et notre nature profonde, bien qu'« écœurée », sublime l'image.

Ce sentiment d'abjection est en quelques sortes à mi-chemin entre la curiosité malsaine, et l'excitation de la transgression de l'interdit, une envie irraisonnée de voir ce que l'on n'a pas le droit de voir : « un ailleurs aussi tentant que condamné ».

Le regard est ainsi tiraillé entre ce rejet de l'impropre, de la souillure, et la fascination que cela engendre.

Face à la démence de type Alzheimer, le stade de la fascination est très rarement atteint. Bloqués à cette image de déchéance et à l'appel de la mort qu'elle provoque, les soignants, submergés par l'angoisse, vont mettre en place différents mécanismes de défense afin de protéger leur moi du « danger » qu'ils ressentent. Ce ne sont pas tant les symptômes manifestés par la démence que la menace de l'identité du soignant qui est en jeu : « ce n'est donc pas l'absence de propreté ou de santé qui rend abject, mais ce qui perturbe une identité, un système, un ordre¹⁸ ».

La rencontre entre le soignant et le sujet dément relèverait de l'impossible. Considéré comme objet de soins, le sujet dément est atteint dans sa subjectivité. Il ne

¹⁴ Kristeva, J. (1980), « Approche de l'abjection », in *Pouvoir de l'horreur*, Paris : éditions du Seuil, p. 9.

¹⁵ *Ibid*, 1980.

¹⁶ Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1967), *Vocabulaire de la Psychanalyse*, Paris : PUF, p. 67.

¹⁷ Kristeva J., 1980, op. cit. p. 11.

¹⁸ Kristeva J., 1980, op. cit.p. 11

s'agit plus d'une rencontre à proprement parler, en termes psychanalytiques, de deux subjectivités.

Le soignant ne peut pas s'identifier à ce qui l'horripile et l'angoisse. L'identification désigne couramment une assimilation inconsciente, sous l'effet du plaisir libidinal et/ou de l'angoisse d'un aspect, d'une propriété, d'un attribut de l'autre, qui conduit le sujet, par une similitude réelle ou imaginaire, à une transformation totale ou partielle sur le modèle de celui auquel il s'identifie. L'identification est un mode de relation au monde constitutif de l'identité. Face à une menace de l'identité sous-jacente à la réalité de la démence, à un danger, le soignant ne peut investir la relation.

Violence, agressivité, et indifférence permettent ainsi de rejeter cette douloureuse et inquiétante certitude de la finitude du moi, brutalement propulsée par le réel du processus démentiel : un objet, ça ne meurt pas, ça ne comprend pas, ça ne souffre pas : « [...] entre cette identification ratée et la réalisation de la tâche surgit le réel, celui du corps vieux, représentation d'un devenir impossible à mettre en imaginaire, de la mort. Si un être souffre et meurt, s'appliquer à soigner une tête, un corps, un sexe, des pieds réduit considérablement la dimension mortelle. En effet, à l'inverse d'un sujet, un objet ne meurt pas¹⁹ ».

L'image frustrante de déchéance envahissant le soignant le fait rentrer immédiatement dans ce que Kristeva²⁰ appelle la première phase de l'abjection : la répulsion. Horreur et dégoût s'emparent ainsi du soignant qui, fortement angoissé, cherche à se défendre par tous les moyens de cette image mais, dans le même temps, du sujet dément dans sa totalité. L'identification au sujet dément est impossible car face à lui, le moi du soignant se sent en danger. La rencontre, au sens psychanalytique, ne peut avoir lieu ; il ne peut y avoir rencontre de deux subjectivités car le sujet dément n'est plus considéré comme un sujet à part entière. C'est ainsi qu'il sera rejeté, nié, et même violenté car il renvoie à quelque chose de terrifiant et d'insupportable pour le moi du soignant.

Nous revenons alors au conflit intrapsychique prégnant entre le moi hideur et l'idéal du moi du soignant, provoqué par l'horreur et la déchéance physique et psychique que peut évoquer la démence qui vient briser l'illusion de l'infinitude du moi.

L'impossible rencontre entre le sujet dément et les soignants s'inscrit dans une véritable ellipse, un circuit sans fond. En effet, les soignants se détestent puisque ce qu'ils détestent est la solitude du sujet « vieux » et dément, ce qui accentue finalement un peu plus sa solitude. Seulement, la solitude grandissante du sujet dément ne fera qu'augmenter le sentiment de répulsion des soignants face à lui qui se détesteront alors de le détester chaque jour un peu plus.

Conclusion

Une réalité difficile donc, celle de la démence de type Alzheimer, qui pousse les soignants à se défendre car elle est vécue sur le mode de l'horreur et de l'insupportable.

¹⁹ Quaderi, A. & Vedie, C. (2004), « Violence et organisation du travail en gériatrie », in *Annales Medico Psychologiques* 162.

²⁰ Kristeva J., 1980, op. cit.p. 11.

L'un, le sujet dément, happé par les symptômes liés à sa pathologie, témoigne d'une détresse sans précédent par les seuls moyens qu'il lui reste quand la parole fait défaut, à savoir l'agressivité, les cris, etc...

L'autre, le soignant, désemparé, démuni et horrifié face à l'image de cette déchéance, veut se défendre car elle vient abruptement mettre fin à l'illusion de son immortalité et l'envahit d'une peur irrationnelle de mourir. La violence devient le seul moyen de repousser, le plus loin possible, ce sujet angoissant, et de montrer, malgré cette mort si proche, sa toute-puissance.

Face à cette rencontre demeurant, en l'état actuel des choses, impossible entre soignants et sujets déments, il en est du rôle du psychologue clinicien de mettre en place divers dispositifs pour amener les soignants à discuter et peut-être prendre conscience de la réalité du processus démentiel et de ce qu'il implique.

Il lui est ainsi possible, par exemple, de proposer des formations. Le psychologue va de cette façon porter, transmettre une parole, car il a une connaissance plus approfondie, un savoir que les autres n'ont pas sur la pathologie. L'objectif n'est évidemment pas ici de réprimander les comportements que peuvent avoir les soignants, mais bien de répondre à leur désarroi. Le savoir apporté doit être perçu comme une aide et doit permettre une remise en question de tout un chacun, le but étant incontestablement un mieux-être pour toutes les personnes participant à la vie de l'institution.

Dans le même ordre d'idée, la mise en place de groupes de parole réguliers à l'attention des soignants semble être particulièrement judicieux. Le premier objectif paraît évident mais l'est beaucoup moins pour les soignants : une personne, le psychologue clinicien, les écoute, essaye d'entendre leur souffrance. Il est aussi question de permettre à chacun de s'écouter, activité qui n'est pas aisée pendant les temps de travail de plus en plus exigeants et surchargés. Véritable espace de rencontre, d'écoute, et d'échanges, les soignants peuvent y exprimer tout sentiment, même le plus difficile à entendre et à accepter, à la fois au niveau du patient (« je préférerais qu'il meure plutôt que de le supporter encore » entendons-nous fréquemment), mais plus largement au niveau du fonctionnement institutionnel (« on nous en demande toujours plus pour le même salaire »). L'offre d'écoute du psychologue clinicien apportée aux soignants ne doit pas être seule, auquel cas les groupes ne fonctionnent pas : les soignants ne s'y rendent pas. Le psychologue clinicien se doit également de tenter de verbaliser la souffrance que les sujets déments ne peuvent manifester désormais que par des cris ou de l'agressivité. Il devient l'authentique porte-parole des personnes démentes. C'est ainsi que l'interaction entre lui et les soignants va pouvoir inscrire ces groupes de parole dans le temps. Le psychologue clinicien entend alors la souffrance des soignants et a la possibilité d'exprimer celle du sujet dément afin qu'elle soit entendue différemment. Un nouveau champ de solutions, autre que celui de la violence ou de l'indifférence, peut alors être envisagé...

Charazac, P. (2009), Soigner la maladie d'Alzheimer –Guidance des aidants et relation soignante, Paris : Dunod.

Freud, S. (1899), « Sur les souvenirs-écrans », in Névrose, psychose et perversion, Paris : PUF, 1973.

Freud, S., (1915), Pulsions et destins des pulsions, in Métapsychologie, Paris : Folio essais, 1968.

Freud S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », in Essais de Psychanalyse, traduction française de J. Laplanche, J.-B. Pontalis, Paris : « Petite Bibliothèque » Payot, 1982.

Gori, R. & Del Volgo, M-J (2009), La santé totalitaire, Paris : éditions Champs essais.

Hazif-Thomas, C & Arroyo-Anllo, T. (1999), « Histoire du concept de démence », in Gériologie et société, n°88.

Kristeva, J. (1980), « Approche de l'abjection », in Pouvoir de l'horreur, Paris : éditions du Seuil.

Laplanche, J. & Pontalis, J-B. (1967), Vocabulaire de la Psychanalyse, Paris : PUF.

Messy J. (2002), La personne âgée n'existe pas. Approche psychanalytique de la vieillesse, Paris : Payot.

Quaderi, A. (2004), « Violence traumatique en gériatrie », Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, n°42 : 165-172.

Quaderi, A. & Védie, C. (2004), « Violence et organisation du travail en gériatrie », in Annales Medico Psychologiques n°162.

Quaderi, A. (2007), « Mémoire et souvenir dans la clinique du dément », in Le journal des psychologues n°250.

Quaderi, A. (2010), Habilitation à Diriger des Recherches : « Mais un dément, cela n'existe pas », Laboratoire de recherche en psychopathologie clinique et psychanalyse, Université de Provence - Aix-Marseille.

Searles, J.R. (1979), Sciences et expressions. Paris : Les Éditions de Minuit.