



Journée Départementale de

l'Association Psychologues et Santé en Essonne

Le samedi 8 février 2014 à la MJC Centre social Gérard Blotnikas, Chilly-Mazarin

**« Psychologue dans un fonctionnement pervers,
Rester psychologue, garder une pensée vivante dans des mouvements
institutionnels, sociétaux, individuels pervers ou pervertis »**



Perversités dans un cadre libéral – éléments théoriques et aperçus cliniques,

Marie-Pierre CALS, psychologue clinicienne en libéral.

Nota : Ce texte a été écrit pour une communication orale dont il constitue les notes de lecture.

Psychologue dans un fonctionnement pervers est le questionnement mis au travail à l'occasion de cette journée départementale. Dans ce travail, je vous propose de transformer le sous-titre en questionnement sous la forme : comment rester psychologue dans un fonctionnement pervers ? Comment garder une pensée vivante ?

Dans cette perspective, la mise au travail et le référencement à un corpus théorique permettent de maintenir une pensée vivante. Une telle pensée active rend possible un dégagement d'une position passive qui serait prise, de fait, dans un mouvement pervers. Mais cette pensée vivante est-elle pour autant suffisante ? Nous tenterons d'apporter des éléments de réponse à cette question.

Parmi les différents ouvrages sur la perversion, dont l'actualité est de plus en plus prégnante, j'ai retenu un texte de Jean Clavreul datant de 1967. C'est un texte de référence pour la pratique d'entretiens qu'ils soient thérapeutiques, judiciaires ou autres, notamment dans le cas d'une pratique en libéral. Il s'intitule "Le couple pervers" et fait partie d'un travail collectif publié dans "Le désir et la perversion" édité au Seuil¹. Clavreul s'intéresse dans un premier temps au couple pervers en tant que tel. Puis, dans un second temps, il aborde la question du côté de la pratique en s'intéressant au cas du couple analyste-pervers. C'est en lisant ce texte que je me suis remémorée le cas d'une patiente dont il sera question plus loin.

Abordons dès à présent le premier aperçu clinique. Il correspond à la situation du suivi d'enfant dans le cadre d'une séparation parentale, situation qui peut être pervertie. Un des parents amène son enfant pour des problèmes liés à la séparation. Ce type de demande semble vouloir prendre l'enfant en compte. Mais, fréquemment, l'enfant est instrumentalisé. Il est devenu l'objet de dispute entre ses parents qui sont enfermés dans une configuration duelle sans pouvoir réellement prendre en compte une souffrance de leur enfant. Ceci peut sembler contradictoire avec la demande. Mais, c'est bien cette demande qui est à mettre au travail dès les entretiens préliminaires afin de faire ressortir un questionnement d'où pourra émerger l'enfant.

Cependant, il peut arriver que la demande soit évanescence ; il n'y a pas de réelle demande pour l'enfant. Il s'agit, en réalité, de démontrer pour le parent qui amène l'enfant en consultation qu'il est "le bon parent", "bon parent" qui s'oppose à l'autre "le mauvais parent".

Dans ce cas, il peut y avoir une tentative de manipulation du psychologue, ceci dans l'attente d'une intervention en vue d'un futur jugement et d'une décision de garde. Une telle intervention de la part du praticien consulté s'opposerait alors à la confidentialité des entretiens dans le cadre d'une démarche privée en libéral.

On est ici dans une situation qui correspond à la définition du mot perversion au sens de "*action de détourner quelque chose de sa vraie nature, de la normalité; résultat de cette action*". Cette définition est celle du Portail Lexical du *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales* du CNRS, ainsi que les étymologies qui vont suivre. L'origine du substantif "Perversion" est empruntée au latin *perversio*, «dépravation, désordre», qui est formé sur *pervertere*. *Pervertere* signifie «mettre sens dessus dessous» et «faire mal tourner». Il dérive de *vertere* «tourner».

On trouve ici la notion intéressante de "désordre"- "mettre sens dessus dessous" qui m'a évoqué un cas clinique particulièrement ardu, toujours dans le contexte d'une séparation de couple avec enfants.

1 Clavreul J, Aulagnier P, Perrier F, *et al.* Le Désir et la Perversion. Paris - Seuil, 1967.

Ce cas clinique complexe est celui d'une mère qui consultait pour ses deux enfants de moins de six ans, avec une problématique incestueuse. Au cours des entretiens préalables, j'ai pu rencontrer sans difficulté le père des enfants. Trois autres personnes se sont immiscées dans ces entretiens : le compagnon de la mère et deux de ses enfants. J'ai également été contactée par le psychologue d'une association, psychologue à qui la mère avait transmis mes coordonnées. Une enquête sociale était en cours au sein de cette association. Les accusations incestueuses envers le père ont été maintenues, allant jusqu'à un dépôt de plainte à son encontre. Au final, le jugement lui a été favorable, lui donnant la garde des enfants. Ces derniers ont eu un droit de visite chez la mère, un week-end sur deux. A ma connaissance, aucune prise en charge psychologique des enfants n'a été entreprise à ce jour.

C'est ainsi qu'il apparaît, au final, que le parent qui a amené les enfants en consultation a tenté de faire bonne figure auprès des institutions.

Je ferais ici appel aux mots de Jean Clavreul pour décrire ce type de situation : "Je ne suis pas le premier analyste à observer que la demande qui nous est faite par un pervers est particulièrement étrange, ambiguë. Ce qu'elle comporte de déficit ne peut manquer d'apparaître, et les apparences courtoises qu'affectent généralement les pervers ne trompent pas longtemps. L'analyste s'interroge sur la forme prise par le défi ainsi porté. Le pervers vient-il chercher auprès de nous une protection contre les éventuels ennuis médicaux-légaux, cherchant à nous réduire au rôle complice du protecteur ? Ou bien cherche-t-il aux yeux des tiers à faire preuve de bonne volonté ? Vient-il dans son analyse chercher des images scabreuses propres à améliorer l'ordinaire de ses pratiques perverses ? Ou bien encore, veut-il se débarrasser de tel petit trouble gênant, alors qu'il reste fermement décidé à ne rien modifier sur l'essentiel ? "

Prend-il comme prétexte tel petit trouble gênant pour nous rendre complice passif de troubles plus importants ?

Tel est le cas d'une patiente venue consulter pour une phobie des orages.

Premier temps de perplexité : il peut sembler plutôt normal, adapté, salvateur d'avoir peur des orages. Notons également la faible fréquence sous nos climats de ce phénomène météorologique. Une absence d'affect accompagnait le discours de la patiente ; discours qui restait détaché ; détaché, tout comme son implication dans le travail qu'elle était censée mener. Elle ne semblait pas réellement concernée par sa demande. Elle se saisissait à minima de mes incitations à parler de son histoire, de sa relation à ses parents. C'est ainsi, qu'à la longue, s'est instauré un contre-transfert négatif, essentiellement constitué de lassitude ; lassitude de devoir mener un travail pesant d'inventivité. La patiente avait alors retourné la demande : sa demande de suivi avait été transformée dans l'attente, de ma part, qu'elle débute un travail sur elle-même. Finalement, ce travail a révélé une compulsion à aller se réfugier chez sa mère, mère qui devait être dotée de je ne sais quel paratonnerre. La phobie était alors déplacée. Elle laissait place à la difficulté de devoir délaisser son amie. Il s'est avéré que son amie était une amie i-e, car cette patiente était homosexuelle. Venait-elle tester la réaction d'un spécialiste à cette révélation ?

Il est important de préciser que ce n'est pas l'homosexualité de cette patiente qui amène à la considérer comme perverse, mais bien le type de travail qui a été mené.

Dégageons nous ici de l'amalgame commun entre homosexuel et pervers. Cette distinction a été clairement établie par Freud, dans un recueil datant de 1938, l'Abrégé de psychanalyse, texte où Freud fait bien la séparation entre homosexuel et pervers :

"La tendance sexuelle est censée apparaître à la puberté, c'est-à-dire à l'époque de la maturité sexuelle et être au service de la reproduction. Toutefois certains faits, connus depuis toujours, n'entrent pas dans le cadre étroit d'une telle conception :

1° Chose étrange, certaines personnes n'éprouvent d'attraction que pour des individus du même sexe qu'elles, et pour les organes génitaux de ceux-ci.

2° Fait également étrange, le plaisir ressenti par certains individus, tout en conservant un caractère totalement sexuel, n'émane pas des zones génitales ou en néglige l'utilisation normale. Ces gens sont appelés des pervers."

Pour en revenir au cas clinique qui nous intéresse, un des points marquants lors du suivi a été l'évocation d'une addiction au jeu. Cette addiction concernait le couple qui consacrait l'ensemble de ses week-ends au poker, sans que cela ne pose problème. Bien au contraire, cette évocation donnait à voir une jouissance manifeste en séance. Au cours de ce suivi, il n'a pas vraiment été question de souffrance. C'est de la jouissance qui a été amenée à être vue ; me mettant ainsi dans une position de voyeurisme. Cette jouissance qui pouvait même s'accompagner de fierté lors de l'évocation des week-ends de poker en ligne.

C'est ainsi que, depuis une position passive d'écoute, le praticien est d'emblée pris dans une relation de voyeurisme explicitée dans le texte de Clavreul :

« Il est clair que c'est en tant qu'il est porteur d'un regard que l'Autre sera le partenaire, c'est-à-dire avant tout le complice, de l'acte pervers. (...) Si l'acte pervers se distingue sans équivoque du phantasme agi, c'est donc à cette ligne où s'inscrit le regard de l'Autre que nous en discernons la frontière, **le regard dont la complicité est nécessaire pour le pervers alors qu'il est dénonciateur pour le normal et le névrosé.**»

Cette citation est essentielle dans la différenciation des deux positions de complicité ou de dénonciation. Certains praticiens, conscients de leur implication dans une relation perverse peuvent être amenés à mettre fin au travail entrepris. L'énonciation de l'arrêt du suivi constitue alors une dénonciation de la situation perverse, une castration symbolique qui permet d'instaurer à nouveau la demande du côté du patient. Cette dénonciation nous renvoie à l'énonciation inaugurale qui a accompagné la demande au cours des premiers entretiens. Cette demande peut être considérée comme un "énoncé" au sens scientifique de : l'«ensemble des données exposant ce que l'on doit résoudre»². Mais encore faut-il qu'il y ait une question, un problème à résoudre qui ne renvoie pas le praticien à une série d'interrogations qui pourrait être sans fin.

Dans son article sur la "Perversion sexuelle et narcissique dans le couple"³ Didier Anzieu explicite le fonctionnement psychique du pervers en le différenciant du fonctionnement normal :

« Habituellement, la pensée se fonde sur le fantasme et essaie de trouver une réponse aux énigmes de la vie, du monde et de la sexualité. (...) Le pervers redoute plus que tout autre être humain le continent noir et énigmatique du corps de la femme. La haine envieuse de la pensée, la sienne ou celle des autres, est une des conséquences.

Le point de départ de toute démarche de savoir est une hypothèse : le point d'arrivée une conclusion ; entre les deux, intervient une démarche volontairement active, celle de l'expérience ; puis celle de la vérification de l'expérience. Cette démarche implique un travail. (...)

Le procédé pervers est d'une tout autre nature : le pervers n'attend rien de l'expérience.»

Toute rencontre est une expérience. Le pervers n'attend-il rien de son suivi ? Le texte d'Anzieu peut être éclairé à la lumière des mots de Clavreul :

« Réduit au rôle de pur spectateur, de pur auditeur d'un pervers dont le discours n'a d'autre fin que d'affirmer la totale gratuité de son contenu, l'analyste - quoi qu'il puisse dire du fait que c'est à l'analysé d'avoir une visée à poursuivre - , l'analyste se trouve réduit à l'impuissance.»

2 Portail Lexical du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales du CNRS

3 D. Anzieu, Le Moi peau, 1995.

A nouveau, on peut considérer la pertinence de l'arrêt du suivi, arrêt pouvant produire un effet thérapeutique qui serait produit en relançant la demande du côté du pervers.

La demande du pervers n'est pas demande de savoir. Selon Clavreul, "...le couple pervers sera amené à reconstituer quelque part le lieu où la Loi est représentée. (...) Ce jeu de corde raide que doit soutenir le pervers ne va pas sans difficulté, et peut l'amener jusque dans le cabinet de l'analyste. Que vient-il y faire, et quel couple tente-t-il de former avec nous ? (...) la demande du pervers n'est certainement pas superposable à celle du névrosé : *elle n'est pas demande de savoir*, demande de ce savoir susceptible de guérir auquel aspire le névrosé. Je pense qu'il est inutile de revenir sur ce point après ce que nous venons de dire sur l'impossibilité pour le pervers de prendre la position de « celui qui ne sait pas », devant « un sujet supposé savoir », position qui est celle même de l' « aveu », c'est-à-dire position où l'on se reconnaît être l'« avoué » de celui qui sait sur l'objet de son propre désir ce qu'on ne peut savoir soi-même."

L'impossibilité de la position de l'aveu correspond au désaveu, au déni pervers. Ce désaveu se distingue du refoulement névrotique, et du rejet psychotique, sur le plan structural.

Le névrosé repousse la représentation refoulée. Le psychotique rejette la réalité.

Selon Clavreul, "le désaveu porte sur le manque comme cause du désir, et, par suite, porte également sur le manque de savoir comme cause de la pulsion scopophilique". Cette pulsion a été définie par Lacan en 1938, dans son ouvrage sur *Les complexes familiaux*, comme étant le désir de voir et d'être vu⁴.

Pour terminer, je citerai une dernière fois Clavreul, cette fois-ci dans l'article de l'Encyclopaedia Universalis de 2002 sur les perversions, afin de poursuivre ces réflexions et d'éviter dans la mesure du possible un point d'aveuglement : "Il semble de la plus grande importance de noter que c'est en démontrant l'universalité des mécanismes qui déterminent névrose, psychose et perversion qu'on désaliène le plus sûrement les sujets qui en sont atteints. C'est en ne perdant pas de vue cette identité des processus qu'on peut désormais s'intéresser aux pervers autrement que pour les cataloguer et les écarter, puisque nous découvrons ainsi qu'ils ont à nous apprendre, sur l'organisation libidinale, des faits qui nous concernent tout autant qu'eux-mêmes."



4 LA FAMILLE : LE COMPLEXE, FACTEUR CONCRET DE LA PSYCHOLOGIE FAMILIALE. LES COMPLEXES FAMILIAUX EN PATHOLOGIE. Cet article de Lacan, écrit à la demande de Wallon est publié dans l'Encyclopédie Française, tome VIII, en mars 1938.

Tétrapiégée: accident ustensilitaire à plusieurs titres: piégée dans son corps, dans son couple, dans ses relations aux autres... Quels maux mêlés pour quelle demande ? Brigitte LALANNE, psychologue clinicienne en libéral.

Le travail de psychologue dans un fonctionnement pervers que je souhaite partager avec vous aujourd'hui m'a confronté à une double clinique où se mêlait, handicap et perversion. Je vais tenter d'en démêler la pelote du neurologique et du psychique mais aussi du sujet et du couple. Je questionnerai également l'impact d'un accident de la vie sur le fonctionnement du couple et son incidence éventuelle sur l'organisation psychique des partenaires.

A l'automne 1997, en partant au travail, Mme P fait un détour pour déposer Angel leur petit garçon de 8 mois chez sa nourrice. C'est alors que le chauffeur d'un semi-remorque venant en sens inverse s'endort au volant, percute sa voiture et la projette dans un champ ; « le camion n'a pas assuré » me dira son mari! Mais nous verrons en quoi, faute de l'avoir il ne sera pas sans l'être... assuré !

Après 5 mois de coma et un séjour d'un an en SSR, elle souffre d'une tétraplégie qui a connu une amélioration notoire. En effet son médecin me précisera qu'elle souffrait au moment de l'accident d'une tétraplégie post réanimation et présentait une hydrocéphalie à pression constante post traumatique. 4 ans après cet accident il lui fera poser une valve de dérivation du liquide céphalo-rachidien, grâce à laquelle elle bénéficie aujourd'hui d'une assez bonne récupération au niveau cognitif et plus particulièrement du langage. Le bébé est décédé à son arrivée à l'hôpital - maladie affirmera Mr P. Le médecin ajoute qu'il existe un gros conflit intra familial autour de la tombe du bébé, une histoire autour du nom inscrit sur cette tombe. Malgré une mise en garde des soignants, 2 grossesses ont été menées à terme après l'accident : un fils est né en 2006 et une fille en 2008. Madame serait devenue irascible. Il insistera sur une conjugopathie certaine : Mr P est un mâle psychorigide, omnipotent et entretien des relations très fusionnelles avec ses sœurs.

Venons-en à nos premiers échanges qui, comme souvent, recèlent plusieurs perles :

En effet, il y a un an et demi de cela, un matin vers 10h je reçois cette entrée en matière téléphonique péremptoire :

« Je suis devant votre porte et elle est fermée. Pourquoi vous n'êtes pas là ? Vous ne travaillez pas ? »

Je lui précise ne recevoir que sur RDV, et lui demande l'objet de son appel.

« Je voulais vérifier si le fauteuil de Mme P pourrait entrer. Mme P a eu un accident. Son médecin généraliste lui a conseillé de voir une psychologue alors je cherche un accès en RDC, à cause du fauteuil. »

Je lui demande son lien avec Mme P et si elle perdu l'usage de la parole.

« C'est mon épouse, dit-il, mais c'est mieux si c'est moi qui... »

Nous finissons par convenir d'un RDV au cabinet où se présenteront Mr et Mme accompagnés d'un enfant de 2 ans qui s'avèrera être un neveu de Mr, que le couple garde en journée. Face aux difficultés de manipulation ... du fauteuil pour entrer et ressortir de mon cabinet, je serai amenée - sans doute un peu vite - à proposer de revoir Mme à son domicile. Dans l'après coup je prendrai conscience que je n'avais rien à envier au fauteuil, et que ma bienveillance avait rapidement été traduite en complaisance!

En effet j'avais d'emblée été dans l'incapacité de refuser à ce couple, qui avait fait tant d'effort pour venir jusqu'à moi, un entretien en présence d'un enfant. Bref, j'ai transgressé à mon cadre habituel!!

Mme P, souriante mais réservée, semble présenter quelques séquelles au plan de la parole et du langage ainsi qu'au niveau de la construction logique et idéative d'un récit. Elle est encore suivie en orthophonie et en kinésithérapie, le tout à domicile.

Lui, se présente dans une position sacrificielle, comme un conjoint dévoué, et un père tout aussi admirable ; elle acquiesce d'un sourire naïf et déconcertant : « j'ai de la chance ! »

Il exposera sans tarder l'objet de la demande de thérapie : « Elle parle mal à tout le monde. » Cependant, il précise qu'elle s'adresse parfois à lui en disant « ta gueule, connard, salaud... » et devient de + en + agressive en famille, « surtout envers les enfants, moi : c'est pas grave » ! Malgré mon insistance, il ne donnera jamais d'exemples de propos agressifs ou injurieux s'adressant aux enfants. Elle, se contente d'acquiescer, comme une enfant prise en faute.

Que signifie cette violence verbale ? A qui s'adresse-t-elle ? Existe-t-elle réellement envers les enfants ?

Lors de la première visite à domicile je suis accueillie au rez-de-chaussée de leur maison qui a été entièrement aménagée autour de la circulation du fauteuil roulant. Je verrai tout d'abord le couple et poserai le cadre de nos entretiens ; cadre qui sera à plusieurs reprises mis à mal par Mr : présence imposée du neveu de 2 ans alors que lui est absent, interruption par l'arrivée du kiné dont l'horaire chevauche le mien, oubli de préparer Mme en vue de notre entretien, etc... Il manie donc le paradoxe à mon égard, m'empêchant de maintenir le cadre de nos séances tout en me reprochant que les effets du suivi ne soient pas au rendez-vous ! Disqualification et tentative de neutralisation du thérapeute donc !

Un fait majeur se glissera dans le flot narratif : suite à l'accident la compagnie d'assurance prenait à ses frais 3 intervenants afin de prendre en charge Mme P 24heures/24, et c'est ainsi que Mr a perverti le système en se dévouant entièrement à son épouse, moyennant 3 salaires pour lui seul. Il y a là une dépendance à l'autre via un intérêt financier évident qui fausse toute relation ultérieure. Dès lors qui dépend de qui ?

Je me retrouve donc face à une patiente qui s'exprime et élabore peu, et perçois bien que le porte-parole complexifie la question de la demande jusqu'à la rendre confuse. De qui émane vraiment cette demande, à qui s'adresse-t-on, pour quelle PEC et dans quel but ?

Mr P m'expliquera que la concession concernant la tombe de l'enfant a été payée par l'assurance ainsi que le transfert du petit cercueil jusque dans leur pays d'origine. Pendant le coma de Mme, c'est son père qui a fait édifier ce tombeau, mais aurait mis la concession à son nom et fait gravé son propre nom plutôt que celui de l'enfant sur la stèle. S'agit-il d'une tradition familiale et/ou culturelle ? D'une confusion des générations ? D'une appropriation pure et simple ? Ou encore d'une anticipation sur l'avenir incertain de sa fille ?

S'en est suivi un conflit familial de 2003 à 2008 qui s'est soldé par un arrêt total de leurs relations après que tombeau et cercueil aient été transférés dans le village paternel. En effet, la mère de Mme P rendait visite à sa fille tous les vendredis « sans prévenir et sans dire bonjour », précise Mr, jusqu'à un certain vendredi où il décide d'emmener sa petite famille en visite chez des amis sans prévenir la belle-mère. Vexée celle-ci aurait dit : « Dorénavant, tu m'appelles si tu veux que je vienne ». Tout au long de ce récit, des larmes silencieuses ne cessèrent de couler sur le visage de Mme P. Lui affirme s'opposer à les revoir car il ne peut pardonner mais il dit accepter et inciter sa femme à les revoir ... à l'extérieur- bien sûr ! Elle serait trop fière pour le faire, prétend-t-il ! A chaque évocation de cette rupture du lien avec ses parents Mme P se décompose, sanglote et s'arrête sur ce constat sans sembler pouvoir y changer quoi que ce soit. Si je lui suggère de les contacter, elle retrouve le sourire, le note sur son fidèle agenda aide-mémoire et le souligne, mais ne le mettra jamais en œuvre. Pourquoi en est-elle empêchée ? Ne le veut-elle pas ou ne le peut-elle pas ?

Cependant elle semble être la proie d'un ennui profond, passe le plus clair de son temps à faire des mots mêlés. Elle ne sort que très rarement et toujours en famille ; entendre famille de Mr exclusivement. Elle n'accompagne pas ses enfants à l'école, ne fait plus d'activité en dehors du foyer et vit derrière son voile à guetter la pluie et le beau temps, tétrapiégée dans une

solitude emmurée et une temporalité figée dans l'instant présent ou le passé morbide. Le transfert paradoxal s'installe insensiblement mais sûrement en moi : lassée devant l'inefficacité de mes interventions auprès de Mme P, j'en viens à penser que sa docilité à mon égard doit refléter celle dont elle fait preuve avec son conjoint ; cependant son immobilisme est-il force de résistance ou complaisance ?

Elle n'a jamais spontanément fait allusion à la moindre agressivité envers ses enfants. Lorsque nous l'évoquions ensemble elle disait en larmes : « c'est mal, il ne faut pas », rarement de conjugaison à la 1^{ère} personne, hormis un : « je suis méchante » que le ton n'habitait pas vraiment ! Injonction répétée et culpabilité assumée ? Elle ne parvenait pas à élaborer sur ce sujet, seulement des larmes, jamais de justification, d'explication, juste des acquiescements fautifs. Pas d'agressivité non plus envers le chauffeur responsable. Les mêmes sanglots surgissaient dès que nous parlions d'Angel et s'effaçaient par une remarque quelconque qui nous ramenait à la banalité du présent, au routinier de son présent : il y a quelques nuages aujourd'hui... métaphore des relations conjugales, à l'image des maux m-a-u-x mêlés à l'aide desquels elle obturait son ennui ? Elle n'évoqua spontanément qu'une seule fois son conjoint par la petite phrase suivante : « si vous avez besoin, mon mari peut venir travailler chez vous, au noir ». Que me proposait-elle au juste si ce n'est introduire, dans mon intimité, son mari dans une situation transgressive ? Alors victime ou complice ?

A plusieurs reprises lorsque j'ai tenté d'élaborer autour de ce suivi j'ai très vite été confrontée à la même évidence : après quelques réflexions concernant Mme P je suis comme aimanté par le comportement de Mr et il en vient ainsi à emboliser toute la scène de mes pensées ; sa femme disparaît totalement à son profit, devenant un objet non-objet. C'est pourquoi m'intéresser au fonctionnement du couple me semble nécessaire pour tenter de cerner ce que vit la patiente dans une relation à son conjoint dont elle est devenue dépendante, bon gré mal gré ?

Les théoriciens de la clinique du handicap nous offrent un éclairage précieux sur la question :

« Le handicap visible crée un effet de « miroir brisé », nous dit Simonne Sausse⁵, miroir qui nous renvoie à nos questions d'identité, à nos angoisses de castration, à nos propres peurs de la dépendance, à notre pouvoir limité sur le monde ».

Comment cela peut-il être vécu par un mâle psychorigide, omnipotent, tel que le décrit leur médecin ?

Anne Brun nous offre une piste : Fréquemment, le fantasme inconscient, chez le conjoint du sujet handicapé physique, serait de combler le manque : celui-ci peut donc, évidemment à des degrés différents selon ses propres caractéristiques psychiques et selon la gravité du handicap de son partenaire, en quelque sorte non pas avoir mais être le phallus, celui qui est complet et qui donne généreusement à l'autre⁶. Au fil du temps, cette configuration selon laquelle l'identité sexuelle du conjoint se situe pour ainsi dire du côté du surhomme s'avère éminemment réversible, et elle est notamment menacée par la question de la dépendance, qui peut faire évoluer la situation : le mari qui est en quelque sorte les jambes, les membres manquants, ou, en cas d'atteinte d'une fonction sensorielle de son conjoint, ici la parole, peut se sentir progressivement de plus en plus réduit à cette fonction mise au service de l'autre, dans un contexte qui peut devenir tyrannique, comme on le constate souvent dans la clinique du handicap. La vulnérabilité du sujet handicapé active en effet chez l'autre les tendances sadiques, et, corrélativement, un lien tyrannique peut s'installer. Le lien d'emprise risque ainsi de se substituer au lien de sexualité et de désir au sein du couple. Alors, le conjoint, ici Mr P, n'est plus le tout, celui qui comble et est réciproquement comblé par la relation, mais il devient la partie manquante de l'autre : il perd sa toute-puissance en quelque sorte, et se sent instrumentalisé, voire « colonisé » ; une de ses fonctions sensorielles ou partie du corps se mettant et étant mise au service de l'autre : d'actif, il devient passif. Dans ce cas de figure, poursuit Anne Brun, le

⁵ Simonne Sausse, *Le miroir brisé*, 1996

⁶ Anne Brun « La question de l'identité sexuelle chez le conjoint du sujet handicapé », in *Handicap, identité sexuée et vie sexuelle*, ERES, 2010, P 187-202

registre de l'angoisse de castration peut faire place chez le conjoint à un registre d'angoisse plus archaïque, l'angoisse d'indifférenciation, quand son propre corps et ses propres fonctions sensorielles sont mises au service de l'autre, non plus dans le plaisir partagé mais dans l'obligation partagée. La haine refait parfois d'autant plus surface qu'elle a été déniée, elle se désintègre de plus en plus de l'amour : l'intégration de la haine est particulièrement difficile dans le champ du handicap. Le conjoint se sent devenir un monstre, d'autant plus que dans la vie sociale perdure l'image du couple idéalisé, comme au-dessus de tout soupçon. Le sujet se sent menacé de perdre son identité sexuelle d'homme, il glisse vers un fantasme d'asexuation, vers une image désexualisée du lien de couple. Son identité sexuelle est atteinte par un sentiment de dévalorisation, en quelque sorte par contagion avec l'image du corps handicapé. La sexualité peut aussi être envahie par le registre de l'inhumain, qui ouvre sur la perversion. Pensons aux 2 grossesses post accident !

Cette approche soulève la question de l'évolution de la place de chacun au sein du couple suite au handicap acquis, chacun y faisant face avec son histoire personnelle et sa structure de base. Une organisation ou un mouvement pervers préexistant ne fera que renforcer la nécessité de se mettre à l'abri des conflits internes en se faisant valoir au dépend de l'entourage, car plus chargé d'insuffisance, le narcissisme se doit ici d'être glorieux et glorifié. L'assertion de PC Racamier selon laquelle «le pervers intimide pour paralyser»⁷ devient ici d'une ironie saisissante ! Mme P incarnerait le parangon de la marionnette ustensilitaire qui permet à la fois une emprise physique incontestable, et une emprise morale facilitée par le handicap, le tout allié à un avantage matériel conséquent : le triple salaire. Ce salaire redistribue, dans le réel, la dépendance dans le couple, c'est pourquoi Mme ne serait supportée que dominée, isolée, maîtrisée, donnant l'illusion qu'elle est celle qui subit la dépendance.

Reprenons quelques-uns de ces éléments avec ce que nous connaissons du pervers : comment peut-il faire face à ces points clés qui lui sont si sensibles ?

- **non pas avoir mais être le phallus** : s'agirait-il pour lui d'une régression infantile à une position d'identification au phallus imaginaire de la mère qui remettrait en cause l'étanchéité des 2 parties du clivage ?
- **devenir les jambes manquantes de l'autre** le contraindrait à reconnaître qqc de la castration dans le réel, à moins de se positionner lui-même en tant que fétiche qui viendrait obturer le manque dans l'Autre, par exemple.
- ou pire vivrait-il un **fantasme d'asexuation**, c'est à dire : ni l'être ni l'avoir ; ce qui le contraindrait à fétichiser l'Autre dans sa totalité afin de se déprendre de la contagion du corps handicapé, de la dévalorisation du corps castré ?
- la **menace de dépendance** pèserait sur son identité de surhomme, alors que cette dépendance pourtant renforcée par le triple salaire, est précisément au fondement de son déni de tout lien ;

Tout ceci viendrait réveiller l'angoisse par menace de levée du clivage, semble-t-il ! Il va donc lui falloir trouver un moyen - face à la position maternelle réparatrice qu'il a choisi - de masquer l'incomplétude dans l'Autre, la blessure fantasmatique du féminin étant devenue réelle, d'autant que l'hémiplégie de sa femme englobe peut-être jambes et organes sexuels. Pour ce faire il est confronté à un choix cornélien d'adaptation au réel : soit il prendrait la position de la mère phallée et persisterait à avoir le phallus, soit il prendrait celle de la mère castrée et deviendrait nécessairement le fétiche venant obturer le manque.

Lorsque sa femme lui parle mal, le sadise verbalement donc, peut-être y entend-il un renversement de rôle et donc une perte de son emprise, il lui faudrait dès lors projeter au dehors, donc sur les enfants car « ce n'est pas pour eux que c'est difficile » mais bien pour lui. Quant à Mme, elle y gagnerait une position plus active que passive ce qui signifierait aussi sans doute un glissement dans sa relation à son conjoint par la rébellion que cela suppose ! Dans ce cas serait-ce la parole insultante qui deviendrait le fétiche, ce qui le dispenserait de l'être et le

⁷ **Paul-Claude Racamier**, Les perversions narcissiques in Le génie des origines, Payot 1992.

placerait, lui, en position de mère phallée? La demande, sa demande de soin reviendrait à signifier que cette position ne lui convient pas, puisqu'il faut faire cesser ce parlé « mâle ».

Les nouvelles données physiologiques consécutives au handicap auraient-elles orienté une perversion sexuelle vers une perversion morale ? Dans le cas de perversion sexuelle, il y a un déni du sexe de la femme. La perversion morale dite aussi narcissique, quant à elle, déni la femme tout entière en tant qu'individu.

Selon Didier Anzieu « lorsque le comportement sexuel pervers est désinvesti, le comportement relationnel devient parfois franchement pervers » aussi après un premier temps d'abstinence sexuelle du couple pendant une durée prolongée, le handicap aurait-il nécessité un aménagement de la relation puisque « pour être aimée du pervers, il est indispensable d'exercer sur lui un pouvoir dont se relance son propre narcissisme », nous dit PL Assoun.

Mr P désigne toujours sa femme comme Mme P, jamais de prénom, mais jamais non plus de « ma femme ». L'objet ne doit pas faire lien, pour ne jamais en dépendre, ni se sentir inférieur. Objet de prédation nié dans son importance, c'est un objet non-objet. L'accident ne viendrait-il pas caricaturer l'objet rendu inanimé de la relation fétichique? Mr P lui n'aura de cesse que d'exhiber un corps cultivé, entretenu dans toute sa musculature et jouit de se valoriser au détriment de l'autre. Il m'accueillera à plusieurs reprises torse-nu, y compris le jour où il avait décidé de me congédier ! L'important c'est de paraître mais surtout d'être assuré d'avoir puissance et pouvoir! Image en exacte opposition avec le relâchement musculaire de sa femme rivée dans son fauteuil roulant.

Mais prenons l'éclairage offert par J. Clavreul et D. Anzieu qui se sont tous deux questionnés sur l'épouse du fétichiste, afin de penser cette relation par un autre biais. Le rapport du fétichiste à son fétiche, nous dit Clavreul, ne se soutient que du pouvoir de fasciner l'Autre⁸. Or ce prétendu lien amoureux avec toute son ambiguïté fait office de contrat définissant les limites comme l'abus autorisé dans la perversion. Le tiers exclu est la pièce majeure de ce contrat, qu'il soit aveugle, complice ou impuissant. La dénonciation du secret face aux tiers est ce qui entrainera la rupture de la relation. Pour lui le désir porte non sur un manque mais sur une présence : celle du fétiche. Reflet la relation mère-enfant au sein de laquelle il est invité à se voir comme le phallus manquant et nié, le couple pervers se défend de la non-existence de 2 êtres, précise Anzieu⁹. Ainsi nous comprenons pourquoi le corps propre est considéré comme un fétiche puisque le pervers cherche dans l'Autre l'image de son propre corps.

Alors Mr P, dans une identification à la mère nourricière de son épouse, que son statut d'handicapé ramène à une régression infantile de dépendance totale à l'autre, assurerait le rôle miroir de l'autre maternel voluptueux et complice à travers ce corps fétichisé et nié dans son manque. Le clivage fétichiste : « ma femme n'a pas le phallus, ma femme a le phallus, donc est le phallus fétichisé, créerait l'illusion de maintenir deux postulats totalement inconciliables. Le mécanisme du déni du handicap castrateur de Mme viendrait alors s'appuyer sur cette croyance indispensable de non-existence de 2 êtres différents et différenciés. Quant à Mme P., de son côté pourrait surgir une emprise régressive selon la formule : « tu penses que tu me tiens, mais c'est moi qui te tiens ». Ici la position de force serait dissimulée, ainsi que le désir de domination, derrière fragilité et passivité du handicap, dont le mal parlé serait quelques bulles explosives.

Face à ce qui pourrait être un fonctionnement de couple pervers dans quel but le psychologue aurait-il été convoqué ? Il m'avait semblé nécessaire de proposer une séance familiale en présence des enfants afin de mieux étudier les inter- relations « agressives » entre Mme et ceux-ci. Cette proposition a été par 2 fois mises en échec : la première fois Mme aurait mal noté le Rdv, ce qu'elle avait pourtant fait en ma présence. Quant à la seconde, elle sera le point d'orgue final de nos rencontres : la semaine suivante je suis accueillie et maintenue dans l'entrée par Mr qui exhibe à nouveau son torse musclé et offre à mon regard une vision intime sur la chambre parentale par l'entremise de la porte restée grande ouverte : Mme P encore alitée et immobile

⁸ Jean Clavreul : Le couple pervers in Le désir et la perversion, coll.,1967.

⁹ Didier Anzieu : perversion sexuelle et narcissique dans le couple in Le Moi peau, 1995.

subissait les débordements excités et excitants de 5 jeunes enfants jouant et sautant tant et plus sur son lit.

Si le complice est réduit à une chose, le tiers quant à lui possède un autre rôle, et à reprendre Clavreul : le rôle majeur du tiers exclu. Sa séduction narcissique ne tolère ni le désir, ni la pensée, preuves d'insurrection. Il m'avait donc convoquée à cette place où mon regard ne pouvait qu'être sidéré ; j'étais sommée de voir et de ne rien pouvoir en faire, là était sa jouissance exhibitionniste. N'acceptant ni d'être aveugle ni d'être complice je ne pouvais qu'être réduite à l'impuissance et c'est ainsi que je fus congédiée, la porte- imperméable faisant partie intégrante de la scénographie sans laquelle rien n'aurait pu se jouer.

Lors de la demande initiale attendait-il de ma part une validation d'impuissance à réparer l'agressivité de Mme P afin, par exemple, de la placer en institution ? Ainsi se pourrait-il qu'il y ait cherché un moyen de se libérer de leurs maux-m-a-u-x mêlés par mon entremise ? Toutefois dès que sa proie dénonce sa combine, le pervers se retire et décroche par opportunisme. Avait-il saisi que ma demande de séance familiale puisse être rupture du contrat par dévoilement ? Ces deux versants de la demande sont-elles le reflet du clivage pervers et du désaveu qui l'accompagne ? Sans public il n'est rien, encore faut-il que ce public reste marionnette ! Son fantasme sous-jacent est d'être l'enfant depuis toujours et à tout jamais irrésistible, celui dont je ne pouvais qu'attendre la venue sans même qu'elle soit annoncée par sa visite impromptue !

Vous remarquerez que Mr P aura eu le 1er et le dernier mot. Ici la caméra subjective n'aura pu être que la sienne. Le piège de l'objet ustensilitaire dans la relation s'est refermé sur Mme P comme sur moi-même, de sorte qu'elle n'a jamais pu se retrouver à la place du patient et que j'ai été entravée dans l'exercice de ma fonction thérapeutique. Mr P, quant à lui, sera tôt ou tard rattrapé par le besoin impératif d'aller à nouveau sidérer ailleurs ! « De la question perverse, affirme Piera Aulagnier¹⁰, nous ne pouvons jamais dire qu'elle ne nous regarde pas, sûrs que nous sommes qu'elle, de toute façon, nous regarde ».

Enfin, quelle autre issue se présente au psychologue pris ici dans un tel fonctionnement pervers afin de ne pas se laisser entrainer à son jeu de manipulation ? L'introduction de la loi serait un possible avec cependant le risque qu'une confrontation entre sa parole et la mienne puisse se retourner comme source d'un en-plus de jouissance. C'est pour cette raison, mais surtout dans l'intérêt de Mme P, je me questionne encore à ce jour sur l'indication d'un signalement pour maltraitance sur personne handicapée. Je n'ai pu m'y résoudre n'étant pas certaine de faire pire que mieux !



¹⁰ **Piera Aulagnier**, « Remarques sur la féminité et ses avatars » in Le désir et la perversion.

**L'objet de toutes les convoitises, Nadège BOISSERE et Lorène HOLLANT,
psychologues cliniciennes en E.H.P.A.D.**

« Je ne sers plus à rien, je ne suis plus personne... »

Cette phrase n'est pas une retranscription des dires d'une victime d'un pervers narcissique mais celle de nombreux résidents en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (que l'on nommera EHPAD).

L'EHPAD est devenu depuis ces dernières décennies l'objet d'investissements avantageux et les personnes que nous accueillons sont souvent décrites dans les médias comme le nouvel or gris. Le « vieux » est instrumentalisé car lucratif, il crée de l'emploi et un électorat aux yeux des politiques.

Et pourtant les représentations sociales des personnes âgées et des maisons de retraites sont souvent très négatives. L'expression des médias est biaisée. Le ressenti, la subjectivité des personnes âgées est rarement évoquée, presque tabou. Le sujet âgé n'est plus, il devient un chiffre de dépendance et d'autonomie et donc de financement, autrement dit un instrument de mesure ... un instrument... n'en est-il pas de même pour la victime d'un pervers ?

L'EHPAD pourrait-il être le lieu de convoitises perverses où la fragilité, la collectivité contribueraient à nourrir le fonctionnement pervers ? Favoriserait-il l'entrée et la stabilisation de « soignants » pervers ?

En effet, les contraintes institutionnelles amènent journallement à imposer une vie en collectivité souvent subie. Il est difficile dans un contexte de normes, de protocoles, d'homogénéisation des soins, de garder son individualité, son identité. La subjectivité de la personne âgée peut être niée dans ses singularités et habitudes par les institutions et les soignants. On les dépossède de leur argent, de leur droit et de leur identité...

Les résidents se décrivent eux même comme des êtres inexistantes, inutiles à eux même et à la société, un fardeau pour leur famille, errant dans un lieu sans sens. Cette objectalisation provoque des failles chez la personne âgée et dans le milieu de la gérontologie où peuvent alors s'engouffrer les fonctionnements pervers.

Fragilisée par les nombreux deuils, la personne âgée en EHPAD peut vivre l'institutionnalisation comme le deuil d'une vie sociale, affective, financière, familiale... fragilités qui la placent alors au centre de toutes sortes de convoitises.

Et qu'en est-il de notre place de psychologue au sein de cette institution ? Institution souvent pervertie par les contradictions qui fondent sa création et son organisation, et qui en fait un vivier pour les individualités perverses ? Quel travail amener autour de ces fonctionnements pervers ?

Cette réflexion n'a pas été sans mal. Le sujet pervers séduit, interroge, questionne et perturbe.

Il en a été de même dans notre travail de réflexion pour cette journée, le sujet de la perversion nous a tout d'abord séduit et a créé un lien dans nos pensées. Il nous a ensuite questionnés dans notre pratique sur des situations cliniques perverses. Cette recherche de cas cliniques a d'ailleurs souvent été pointé par un tiers ayant fait un remplacement dans nos institutions... Ce tiers non perverti qui remet de la subjectivité dans une relation instrumentalisée.

Nous nous sommes alors interrogés sur ces premières réflexions, pour nous rendre compte que le sujet de la perversion nous avait détournés de notre objectif : celui de comprendre et de retranscrire les comportements pervers en EHPAD, mais surtout de transmettre des pistes d'intervention du psychologue afin de maintenir une pensée vivante face aux manifestations perverses. Nous avons alors remis le cadre de notre élaboration ce qui nous a permis de recentrer notre réflexion et notre intervention que nous allons maintenant vous présenter.

1ère vignette clinique

Commençons par une 1ère vignette clinique :

Mr D. est âgé de 72 ans lorsqu'il entre en EHPAD, ce qui est assez jeune par rapport à l'âge moyen d'entrée en établissement. Ce résident était cadre supérieur, est divorcé et a deux enfants.

Lorsqu'il arrive en institution, il est sous tutelle mais aucune information n'est donnée sur les raisons de cette mesure de protection.

Mr D. se fait vite apprécier des membres du personnel de par son niveau culturel et sa différence d'avec les autres résidents. Peu à peu ses demandes apparaissent, tout d'abord d'ordre de la vie quotidienne ; Mr D. demande au personnel de lui poster des lettres au courrier. Les soignants commencent après plusieurs mois à solliciter la psychologue et l'équipe d'encadrement car ils sont interpellés par les adresses sur les courriers notamment ceux adressés au Président de la République.

Les demandes vont alors aller crescendo. Après l'envoi des courriers, c'est la demande de la rédaction de ceux-ci que fait Mr D.

De la lingère à la direction en passant par la psychologue, tout le monde se retrouve à écrire à Mr D. des courriers qui sont orientés par la fonction du rédacteur. En effet, la direction écrit des courriers au président de la République afin de questionner les politiques de santé, la psychologue écrit au tuteur afin de demander une amélioration de son confort... Mr D. utilise les valeurs et le poste de chacun lui permettant par là-même d'arriver à ses fins et de maintenir l'autre dans une relation de dépendance et dans un sentiment d'utilité.

Une soignante en arrive alors à écrire des courriers où Mr D. se plaint de la structure pour laquelle elle travaille et où Mr D. dénonce un complot contre sa personne. Il lui demande d'écrire un courrier au siège social pour critiquer l'incompétence du personnel soignant, excepté naturellement la personne qui écrit ce courrier. Ces courriers ne sont actuellement pas connus des autres personnes de l'équipe.

Lors d'une réunion de soin, le problème est soulevé. En effet, cette personne ne comprend pas les difficultés des autres membres de l'équipe avec Mr D. Elle est alors désignée référente pour accompagner Mr D. dans la vie quotidienne.

Très vite un climat de suspicion et de conflit arrive au sein des équipes. La soignante référente demande alors de passer de nuit afin d'éviter les conflits. Ce paramètre ne va alors pas faciliter la communication au sujet de sa relation avec Mr D.

Lors de réunions de travail avec la psychologue, les membres de l'équipe continuent à interpellé sur la tenue de Mr D. qui se met nu dans sa chambre la porte ouverte. Il explique alors à la psychologue qu'il a toujours été nudiste et que c'est dans son devoir de maintenir au maximum les habitudes de vie antérieures des résidents, comme il est écrit dans le descriptif de l'établissement.

Lors des entretiens cliniques, Mr D. répond aux questions de son enfance par un « je ne sais plus ». La psychologue apprendra lors d'un entretien avec l'entourage que Mr D. a perdu son père très jeune et qu'il s'était occupé de sa mère et de sa fratrie, qu'il avait toujours été mis en avant par sa mère qui lui avait permis de faire des études contrairement au reste de la fratrie.

La mise en avant d'un éventuel fonctionnement pervers commence à se dessiner. En effet, son histoire de vie, son enfance, son statut social, les éléments retracés par son ex-femme et un de ses fils mais surtout son comportement au sein de la résidence commencent à orienter le diagnostic vers une perversion narcissique.

Va alors se mettre en place la longue liste de « contrats » entre la direction et Mr D. Le premier concerne sa tenue vestimentaire : il peut rester nu dans sa chambre porte fermée et a l'obligation de mettre au minimum un short et un t-shirt lors des repas en collectivité.

Les incidents de ce genre vont se multiplier, Mr D. urine par terre, devient incontinent sans explication médicale...mais qui s'étonnera d'un « vieux » qui devient incontinent ??

Son comportement devient envahissant : Mr D re-sonne alors que le personnel vient de quitter sa chambre. Le deuxième contrat prend alors forme afin de cadrer Mr D. qui va alors user de stratégie pour contourner cette autorité qu'il ne veut pas. Il exige alors les repas en chambre car les vêtements l'irritent et que personne ne peut l'obliger à prendre ses repas au restaurant, comme stipulé dans le contrat d'entrée.

Concernant le deuxième contrat, il le respecte en ne sonnant plus mais va alors s'enchaîner les cris de plus en plus bruyants gênant tous les autres résidents. Il est alors convenu de le déménager au rez-de-chaussée afin de limiter la gêne occasionnée, cet étage ne comportant que 6 chambres.

A chaque « scandale » de Mr D. le recadrage est tenté par l'encadrement et Mr D se confond alors en excuse et arrive à faire culpabiliser le personnel soignant de par son incapacité à le gérer.

Le fonctionnement pervers de Mr D. ne fait maintenant plus aucun doute. D'autant plus qu'un élément va appuyer cela. Le tuteur se manifeste après plusieurs demandes de notre part et nous informe que Mr D. est sous tutelle extérieure car il dépensait tout son argent dans la vente par correspondance et que sa femme l'ayant quitté, personne ne souhaitait devenir son tuteur légal. Mr D. expliquera plus tard cette information en accusant les ventes par correspondance et son banquier d'incompétence.

Le tuteur va réapparaître quelques semaines plus tard en demandant un entretien avec Mr D. en présence de la direction et de la psychologue. Lors de cette rencontre, son tuteur lui annonce la vente de sa maison. Durant un instant furtif, l'expression d'un sentiment non contrôlé semble être apparue sur le visage de Mr D. Il ne reviendra jamais sur cet événement.

Lors de réunions de supervision, il ressort que les membres du personnel expriment dire des choses à Mr D. qui leur échappent (informations sur l'institution, données personnelles...).

Le comportement de Mr D. devient ingérable. Il envoie des verres à la figure des agents hôteliers et les accuse de les avoir cassés sans avoir été nettoyés. Le personnel se voit alors convoqué dans les bureaux de la direction. Un membre du personnel sera même licencié pour avoir essayé de se défendre contre les attaques perverses de Mr D.

Il devient alors urgent de protéger le personnel de son fonctionnement pervers. Le travail avec la psychologue auprès de Mr D. n'aboutissant à rien de concluant, des réunions sont alors mises en place afin de verbaliser sur le fonctionnement pervers de Mr D. et de permettre une déculpabilisation des membres de l'équipe. Après plusieurs réunions, la rédaction des lettres au siège fait surface. La référente de Mr D. verbalise qu'elle a reçu récemment une lettre à son domicile lui stipulant que sa demande de participation au jeu les Z'amours est bien pris en considération avec une date de présentation aux sélections.

Il est alors expliqué au personnel lors de ces réunions, le fonctionnement d'un pervers narcissique avec :

- le non-respect et la non-reconnaissance de l'autre en tant qu'individu.
- La manipulation afin de maintenir son équilibre psychique.

- La non différence entre le Moi et le mien qui engendre que l'autre n'a d'utilité que dans les bénéfices qu'il pourrait en tirer.
- Le besoin de générer de la colère, de la peur chez l'autre afin de ressentir une émotion propre d'excitation ou de plaisir jubilatoire...

Alors que le personnel commence à avancer dans l'accompagnement de Mr D. un autre événement va venir déstabiliser l'équilibre précaire de sa prise en charge.

Parallèlement à son fonctionnement pervers, Mr D. souffre d'un pied en inflexion qui, selon lui, le fait atrocement souffrir. Mr D. est alors suivi par un spécialiste à plusieurs reprises. C'est alors que le médecin coordonnateur reçoit un courrier de son confrère qui lui stipule qu'une amputation va être faite à la demande du patient.

Alors qu'aucun médecin, chirurgien ou anesthésiste ne souhaitaient cette intervention, elle aura tout de même lieu après appui du tuteur dans ce sens et ce malgré les diverses mises en garde de la part de la psychologue, de l'infirmière coordinatrice et du médecin coordinateur quant au fonctionnement pervers de Mr D.

Mr D. revient à la résidence en fauteuil roulant avec un moignon au niveau de la hanche alors que seul le pied était en inflexion. Ce nouvel état met alors le personnel soignant à mal qui ne trouve pas de solution concernant les protections. Mr D. sort son pénis et urine par terre, dans le lit, sur le personnel lors de la toilette...

Les entretiens psychologiques sont infructueux et aucune remise en question n'est possible, l'autre étant toujours fautif et même cautionneur de son comportement.

Alors que, lors de réunions d'encadrement, le questionnement sur la possibilité de la résidence à accompagner correctement Mr D. se multiplie, Mr D. décède brutalement d'une fausse route en pleine salle à manger.

Après plusieurs années, sa mort continue à ce jour de mettre à mal l'équipe soignante se questionnant sur leur possibilité d'avoir pu le sauver. La chambre 5 reste toujours la chambre « anciennement Mr D ».

Les séquelles que peuvent laisser un fonctionnement pervers sont mises en avant par ce cas clinique. Mr D. a gagné son immortalité en laissant au sein de l'institution sa trace et la peur qu'un nouveau cas similaire se représente. Même si le personnel a pu être entendu en tant que victime et replacé en tant que sujet, la perversion a laissé une empreinte au sein de l'institution. Le travail d'équipe supervisé par la psychologue et l'équipe d'encadrement a permis d'avancer avec cette cicatrice. Mais qu'en est-il quand cette blessure est installée dans l'institution par le haut de la pyramide ? Quels dommages peuvent être causés par un fonctionnement pervers venant d'une autorité reconnue et validée ? Comment se sortir d'une situation où la direction engendre manipulation, paradoxe, perversion ? C'est ce que nous vous proposons de voir lors de notre prochaine vignette clinique.

2ème vignette clinique :

Dans un autre établissement, la direction est assurée depuis plusieurs dizaines d'années par une femme dont plusieurs traits de personnalité font penser à un fonctionnement pervers.

Elle peut avoir une attitude séductrice ou à l'inverse destructrice, et peut passer de l'une à l'autre avec une grande labilité : elle est dans la séduction pour amadouer le personnel, les résidents ou les familles avec des phrases du type "*on est tous une grande famille*". Elle peut avoir des propos menaçants, véhéments, voire humiliants lorsque son autorité est remise en cause avec des attaques personnelles sur le physique ou la personnalité. Ce mouvement perpétuel

induit un sentiment de pression : comment va-t-elle réagir quand on va la voir, est-elle dans un bon jour ? Les mouvements de séduction ou d'attaques se font souvent sur un mode affectif, avec un mélange entre la sphère privée et le professionnel. Cela rejoint par extension le système de récompense / punition qui fait loi dans l'institution qui fait que beaucoup d'anciens restent, faisant profil bas et profitant des récompenses accordées.

Cette personne recherche la toute-puissance : elle veut tout contrôler, ne délègue pas beaucoup, s'autoproclame au-dessus des lois. Elle veut être au courant de tout, ce qui implique la participation de membres du personnel sous forme de délations. Cela rejoint son côté manipulateur : elle utilise l'autre, qu'il soit résident, personnel ou bien famille, pour les bénéfices qu'elle va pouvoir en tirer : gloire, pouvoir, ... Elle va confier des missions qui ne correspondent pas au travail de chacun par des glissements de tâche, des demandes de services personnels. Elle peut demander parfois de mentir ou de persuader un résident, une famille, ...

Elle présente aussi des signes qui vont dans le sens du déni de la subjectivité de l'autre : égocentrique, elle a beaucoup de mal à entendre un autre avis que le sien et est pratiquement incapable de se remettre en question. *Elle accueille une nouvelle employée et va tenter d'exploiter la moindre de ses failles jusqu'à lui demander d'effectuer des tâches personnelles et lui reprocher de ne pas bien faire son travail. Arrivée à l'épuisement moral et physique, l'employée est cataloguée comme "incompétente" ou "pas assez solide" et finira par partir, remplacée par une autre.* Cela est relié au fait qu'elle éprouve apparemment du plaisir à voir l'autre souffrir, notamment en humiliant collectivement des membres du personnel. Peut-être se nourrit-elle de cette souffrance ? *Elle annonce par exemple à l'avance à cette même employée qu'elle veut la voir pour parler de choses "qui ne vont pas" et se délecte devant d'autres personnes de "la faire mariner".*

On a évoqué dans la vignette clinique précédente les séquelles laissées par ce résident pervers, même après sa mort. La question se pose aussi dans cette situation où cette personne perverse a une maladie grave. Le jour où elle quittera l'établissement, pour sa retraite, pour sa convalescence ou même le jour de sa mort, l'établissement gardera longtemps la trace de son passage, c'est certain. Le système mis en place aura sûrement du mal à changer, son influence sera toujours présente.

D'autre part, dans cette situation, nous remarquons qu'un pervers haut-placé dans l'institution, c'est la porte ouverte pour que d'autres employés pervers entrent dans les failles du système mis en place. Les employés intégrés dans ce fonctionnement deviennent pervers, au mieux complices. Par exemple, le positionnement de la directrice au-delà des lois suscite un sentiment d'impunité pour les employés qui ont tendance à ne plus suivre les règles.

Dans un système pervers, le travail de la psychologue a été facilité par une relative liberté d'action tant qu'elle ne remet pas en cause le fonctionnement institutionnel. Cette liberté a sûrement été assurée par l'instauration d'un cadre individuel (refus de tâches qui ne correspondent pas au travail de psychologue, recadrage sur le professionnel quand la directrice s'engage sur le terrain de l'affectif). Ce cadre est un objectif vers lequel tendre mais il n'est pas immuable car la directrice tente régulièrement de franchir les limites posées. La discussion avec certains collègues pour une mise à distance de l'emprise affective est possible. Par rapport à la remise en question du fonctionnement institutionnel, c'est beaucoup plus compliqué car il y a un noyau d'"anciennes" dans l'équipe, qui s'est adapté à ce système et qui n'envisage pas un autre mode de fonctionnement. Il y a aussi des alliances toxiques formées et il existe une peur des répercussions (licenciement, attaques personnelles, ...). Si la situation devient trop mauvaise avec une impossibilité de faire un travail convenable, le dernier recours pour la psychologue restera la fuite.

Dans les deux cas cliniques que nous vous avons présentés, plusieurs éléments liés au vieillissement d'un individu pervers nous apparaissent. D'une part, nous avons eu l'exemple de

l'amputation du résident pervers qui lui permet de faire encore plus pression sur les équipes ainsi que la maladie grave de la directrice qui lui permet d'augmenter son pouvoir de contrôle sur l'équipe.

Mais d'un autre côté, la psychologue a pu observer chez le résident pervers un moment de trouble à l'annonce de la vente de sa maison, qui semblait être l'expression d'une émotion négative réellement ressentie pendant ce bref moment. Dans la seconde situation, des pleurs ont été observés chez la directrice à des moments de deuil, la question se pose là-aussi de la réalité de l'émotion ressentie. Nous avons donc été amenées à nous poser la question de l'effet de l'âge sur un fonctionnement pervers.

Les différentes pertes inhérentes au vieillissement peuvent-elles donner lieu à de nouveaux moyens d'emprise pour le pervers ? Le sujet pervers va-t-il s'enfoncer dans son fonctionnement pathologique ?

Ou bien au contraire les failles liées au vieillissement vont-elles atténuer l'amplitude de son fonctionnement ? L'EHPAD va-t-il offrir plus de prise pour le développement de cette structure ou bien en bloquer la progression ?



**L'association Psychologues et Santé en Essonne vous remercie de bien vouloir
limiter ce document à un usage de lecture personnelle.**

Siège Social : Centre Hospitalier Général B.P. 125 - 91161 LONGJUMEAU cedex 01
Association loi 1901 publiée au JO du 26 avril 2003
Courriel: psysante91@laposte.net