

LA SEXUALITÉ DES SOIGNANTS

Marie et Claude Allione

Les soignants ont-ils un sexe ? ont-ils un *genre* ? et quel rôle joue ce sexe dans les approches thérapeutiques, particulièrement lorsqu'elles se déroulent dans le cadre d'une institution ?

On se rappellera le débat qui accompagnait, il y a maintenant un bon siècle, les premiers pas de la psychanalyse. Souvenez-vous du Freud des *Trois essais*... que l'on attaqua pour outrage aux bonnes mœurs. Comment pouvait-on admettre que les enfants – ces anges – aient un sexe, et au-delà de l'attribut : une sexualité ? Comment pourrait-on admettre aujourd'hui que l'articulation de nos pulsions, que notre libido, que nos fantasmes, parfois les plus insoutenables, puissent jouer un rôle dans ce qui s'articule de thérapeutique au sein même de nos institutions sans que nous apparaissions forcément comme des pédophiles ? C'est ce que nous aimerions aujourd'hui essayer d'éclairer un peu. Pour le dire clairement, on ne saurait penser les approches thérapeutiques en institution sans se questionner sur la position sexuée du soignant, et pourtant c'est sans doute l'aspect le plus difficile de toute analyse institutionnelle.

Rappelons tout de même en préambule ce qui fait le socle de l'édifice freudien : la sexualité humaine ne se réduit pas à son fondement biologique, encore moins anatomique ; elle est une disposition psychique universelle qui rend compte fondamentalement de la façon dont chacun de nous est situé dans l'axe de la différenciation, c'est-à-dire de la castration, laquelle ne vient s'étayer sur les attributs génitaux que secondairement, dans l'après-coup de la construction du sujet. Je dis bien différenciation pour appuyer le fait qu'on est femme dans son rapport à l'homme et inversement. La femme dit à l'homme : donne moi une raison

d'être une femme. Quoi qu'on fasse, dans une relation à deux il y a toujours du tiers, du trois, du triangle, de la tiercéité comme disait Pierce¹.

D'autre part, ce qu'on entend ordinairement comme *lien social* n'est rien d'autre que ce qui permet de réguler tous les rapports de jouissance, et donc les rapports sexués, c'est-à-dire les alliances, les filiations ainsi que les crimes et délits. Toute société est bâtie sur la limitation des jouissances ou comme le dit Serge Lesourd² « autour des modalités possibles, permises et tolérées de jouissance ». Sachant que ces limitations se bâtissent sur des mises en récit et compte-tenu de ce que le capitalisme postmoderne a induit de *haine de la parole*³, on voit bien qu'il y a là un hiatus qui affecte fondamentalement toute pratique soignante, laquelle peut être vécue dès lors comme un exercice de rame à contre courant ou encore de *double-bind* : parle en te taisant ! Peut-être est-ce assez proche de ce qu'écrivait Philippe Jacottet : « Il fut un temps où quelques mots simples auraient suffi à dire cela. Ces mots, nous en disposons encore, mais ils n'ont plus ce pouvoir. »⁴

* *
*

Donc : la sexualité des soignants.

Lorsque quelqu'un demande une adresse d'analyste, il n'est pas rare qu'on lui réponde : « voulez-vous que ce soit un homme ou une femme ? » C'est pourtant une question a priori vide de sens puisqu'à ce stade le demandeur ignore tout de ce qu'il demande, et qu'en réalité ce qu'il souhaite, c'est un sujet capable de s'inscrire, par le biais du transfert, dans une sorte d'androgynie de circonstance, autant masculine que féminine, dans un transfert de type paternel autant que maternel, quelque soit son sexe, quelque soit son *genre*. C'est ordinairement cela que l'on peut attendre d'un analyste, en ce qu'il aura approché dans sa propre analyse que ses attributs sexuels ne faisaient pas symbole, et qu'il a renoncé à cette illusion faussement symbolique. On distinguera par conséquent le sexe du soignant de son *genre* en ce que, quels que soient ses attributs sexuels, un soignant peut toujours incarner des positions féminines comme masculines. Mais nous n'ignorons pas que cette distinction pose par ailleurs problème en étant confronté à un mode de vie qui se veut *sans limite* selon l'expression de Jean-Pierre Lebrun⁵, tentant de faire aujourd'hui du sexe une a-référence. Cela signe-t-il un clivage dans la position subjective du soignant ?

Si la sexualité est un universel psychique, comme Freud nous l'a enseigné, et comme Lacan l'a développé dans les formules de la sexualité, alors il convient d'en tenir compte dans toutes les formes de psychothérapies que l'on dit institutionnelles. Il y a en effet du côté du patient – enfant ou adulte – une *libido* qui va entrer en mouvement avec d'autres *libidos*, celle des autres patients, mais aussi celle des soignants. Pensons ici que cette dimension d' "éducation", c'est-à-dire qui permet de sortir d'une position⁶ (celle d'a-sujet par exemple) est aussi

¹ Charles S. Pierce, *Ecrits sur le signe*, Paris, Seuil, 1978.

² Serge Lesourd, *Comment taire le sujet ? Des discours aux parlottes libérales*, Ramonville, Erès, 2006.

³ Claude Allione, *La haine de la parole*, in *Actes du congrès de Psychasoc (2007)* à paraître aux éditions du Champ Social.

⁴ Philippe Jacottet, *À travers un verger*, Ed. fata morgana, 1975

⁵ Jean-Pierre Lebrun, *Un monde sans limite*, Ramonville, Erès, 2006.

⁶ Education a pour étymologie le latin *conduire hors de*, hors d'un état sans forme. On notera que le roman libertin dès le XVIIe siècle a pris la forme d'une littérature pédagogique où l'on dispense le savoir érotique à une jeune fille démunie et inexperte. Il apparaît dès lors comme un véritable « manuel d'éducation ».

celle que l'on trouvait chez Sade, dont Pierre Laforgue pensait que l'œuvre était le palimpseste sur lequel s'est écrit la littérature ensuite. Serait-ce vrai aussi pour l'action éducative et thérapeutique ?

Toujours est-il que l'on a tenté jadis de réserver cette relation thérapeutique à la chasteté des religieux, mais ce ne fut pas toujours très efficace, pas même au niveau de l'abstinence. Ce sont donc aujourd'hui des professionnels résolument sexués qui œuvrent dans les institutions, et ce ne saurait être sans effets, tant du côté des patients (que l'on pense au mythe de l'infirmière nue sous sa blouse) que du côté des soignants (rencontres, séductions, jalousies, harcèlement) ni que du côté de la rumeur (ne dit-on pas que les analystes couchent avec leurs patientes ?) C'est peut-être ce que voulait pointer maladroitement ce jeune garçon accueilli il y a longtemps à Solstices, service d'accueil familial thérapeutique, lorsqu'il se répandait au collègue à qui voulait l'entendre sur l'air de « si vous saviez tout ce qu'il lui fait ! On l'entend jouir toute la nuit... » Il désignait bien sûr celle qui l'accueillait dans ce que j'ai appelé *un couple de transfert*⁷ avec son mari, mettant en scène, devant un auditoire assez surpris bien qu'adolescent, l'indicible de ce qui le fondait en tant que sujet : interroger la limitation de la jouissance maternelle.

Donc, dès lors que nous l'avons admis, que peut déclencher ce croisement des *libidos* sur le plan de la rencontre thérapeutique ? Un jour que j'avais rendez-vous dans un hôpital et que j'attendais en errant quelque peu dans les couloirs, j'ai vu venir vers moi une dame ayant une présentation plutôt psychotique. Elle riait doucement en m'observant, elle s'approcha et me demanda une cigarette. Sans réfléchir à ce que cette phrase pouvait engager d'ambigu, je lui répondis que « je n'en ai pas ». Elle éclata alors franchement d'un rire démonstratif, et joignant le geste à la parole, tendit la main d'un geste rapide et ferme, s'empara de ma braguette comme pour triompher de mon mensonge, me prouver que justement, j'en ai. Puis elle tourna les talons, maintenant désintéressée, me laissant à la fois médusé et endolori, et finalement méditatif. Le tout n'avait duré que quelques secondes. Pour cette femme j'avais un sexe, dans toutes les acceptions de cette expression, et en définitive cela n'avait guère d'intérêt.

Jean Oury nous rappelle que le psychiatre — comme la plupart des soignants — soigne ordinairement son apparence et sa présentation afin de paraître *neutre et bienveillant*, mais que c'est précisément au niveau du bouton de braguette manquant que se joue le regard du patient, qui finalement se contrefout des effets techniques et se passionne plutôt pour ce qui nous échappe, pour la petite faille, en quelque sorte la *difaille*, qui nous représente bien mieux que le rituel psychanalytico-psychiatrique⁸.

Ainsi, on entend aujourd'hui une plainte s'exprimer sur le manque d'hommes dans les équipes de soin. Il est vrai que tous les métiers de la santé mentale se sont féminisés. Notons au passage qu'ils ont aussi vieilli, et qu'à la plainte du manque d'homme, souvent traduite comme manque de fonction paternelle, pourrait se surajouter celle d'avoir plus des fonctions grand-parentales que parentales. Ce n'est pas sans conséquences dans la mesure où la pression d'accouplement s'en trouve diminuée (rappelons que le travail est, après l'école, le lieu privilégié pour la constitution des couples). Mais ce serait oublier un peu rapidement la distinction entre sexe et genre, et passer allègrement sur la constatation que, dans une équipe, chacun (et chaque groupe ou sous-groupe) peut occuper la fonction paternelle, quelque soit son sexe, se trouvant ainsi clivé par le transfert entre un être-pour-soi et un thérapeute. Qui n'a jamais ressenti le vertige d'une émotion débordante à la fin d'une séance où il a tenu un rôle transférentiel dans un sexe qui n'est pas ordinairement le sien ? Il est incontestable que ce que cette question vient voiler c'est le désir du soignant comme élément central de la relation

⁷ Claude Allione, *Espace psychique, transfert et démocratie en institution*, Vigneux, Matrice, 1995

⁸ Jean Oury, *Il, donc*, Paris, U.G.E., 1978

thérapeutique. Doit-on en effet favoriser chez le thérapeute une position de technicien ou au contraire se centrer sur sa capacité ou ses aptitudes au maternage ?

Que ce soit par inexactitude ou à la manière d'un lapsus, on a parfois traduit le terme winnicottien de *holding* par maternage. Pourtant, celui-ci désigne, au sein de la fonction maternelle, une posture soignante qui concerne tout autant la question des enveloppes psychiques que celle de l'efficace du soutien, qui tente de contrer la terreur archaïque de *tomber* indéfiniment, c'est-à-dire de border le trou infini de la jouissance de l'Autre. Rien ne sexualise en tant que tel le *holding*, mais le *holding* sexualise celui qui l'accomplit en ce qu'il l'inscrit dans une position dite maternelle (et non-maternante) dont Lacan a montré l'importance dans le passage au *pas-tout*, c'est-à-dire vers une position d'incomplétude au moins acceptée, sinon revendiquée, et conduisant à la recherche parfois sans espoir de quiconque pourrait faire tiers⁹.

Relisons par exemple le mémoire que le Docteur Itard écrivit pour rendre compte de son travail avec Victor, l'enfant sauvage, à la lumière de cette question¹⁰. Un jour, n'obtenant pas de son élève la production demandée, le médecin pendit son protégé dans le vide par la fenêtre du quatrième étage, faisant de lui une sorte de bobine de fort-da. Si Victor est une bobine, Itard est le bébé du Fort-Da. Si le bébé joue, c'est qu'il a lui même été objet d'un *je te prends/je te pose* maternel, et que la scène décrite renvoie à une autre dans laquelle Victor serait le bébé et Itard en position maternelle. Nombre d'éléments viennent corroborer cette hypothèse d'un fantasme de maternité chez Itard, ce qui renvoie à la question de ce qu'il en serait d'un désir de maternité soutenant la pratique soignante de rester insu ? C'est-à-dire lorsqu'être mère dans le transfert comble imaginativement la frustration supposée de ne l'être jamais... Itard comme ancêtre de Gepetto, le père et mère de l'infortuné Pinocchio ? Il y a de ça, et si l'on y regarde de près, la figure de la fameuse fée aux cheveux bleus incarne un rôle de soignant, celle qui permet au pantin de bois d'émerger comme sujet, en finissant par lui faire admettre sa castration. Mais pour cela il lui a fallu mettre sur la touche le brave Gepetto, incapable de témoigner du moindre véritable et authentique bordage ; c'est-à-dire devenir mère (c'est ce que dit le texte) et père de par ses références phalliques, pourtant bien fragiles et sectionnables (telle est l'étymologie du mot *sexe*) puisque ce ne sont que des cheveux, bleus il est vrai, bien que sur ce point la traduction nous desserve puisqu'en Italien ce sont des cheveux *bleuissants*, avec la nuance de cette pierre précieuse qu'on appelle *la turquoise*. Il y aurait beaucoup à dire sur ce point de l'investissement phallique de la chevelure chez la jeune fille.

Parce qu'en effet, si le soignant peut parfois se vivre comme *tout-puissant*, c'est-à-dire comme total, comme imaginativement complet, comment un patient pourra-t-il trouver en lui ce manque dans l'Autre, qui seul peut assurer son émergence en tant que sujet ? Ici la castration des soignants se pose en tant qu'élément non seulement fondamental mais aussi indispensable à toute approche thérapeutique.

Dans cette logique la contrainte paraît double, et cette dualité souvent contradictoire. Comment en effet penser l'enjeu libidinal pour le soignant de se mettre en position maternelle (qu'il soit par ailleurs homme ou femme), d'occuper une place de mère *good enough*, selon la formule de Winnicott, juste assez bonne, c'est-à-dire *pas-toute bonne*, quel en est l'enjeu et en quoi cela renvoie forcément à une position tierce, triangulante, et donc à la castration du soignant ? Faisons-nous donc ce métier pour témoigner de notre castration ? ou au contraire pour tenter d'y échapper ?

⁹ voir Claude Allione, *La part du rêve dans les institutions*, Encre Marine, Les belles lettres, 2006

¹⁰ Jean-Marc Itard, « Mémoire sur les premiers développements de Victor de l'Aveyron. » in Lucien Malson, *Les enfants sauvages*, Paris, UGE, 1964.

On sait que dans les liens précoces, la relation entre le tout-petit, très dépendant des soins de type maternel, et son entourage qui justement lui apporte ces soins, est une relation de type complémentaire. L'enfant vit un temps de son existence porté par le sentiment d'être dans le prolongement, dans la continuité de l'autre. C'est à la fois une situation confortable, puisque ce qui lui manque n'est jamais bien loin, mais qui ne saurait perdurer longtemps puisque au-delà de l'étape nécessaire à sa continuité, il serait plongé dans l'incertitude quant à ses limites sensorielles, c'est-à-dire au bout du compte ses limites corporelles. Il pourrait alors se ressentir comme glissant vertigineusement sans fin sur une pente faite de la contiguïté des différentes sensations organisées selon le modèle de la métonymie. Il lui faut donc qu'une intervention tierce vienne mettre fin à cette glissade sans fin, et opère une coupure dans le trop de continuité pour qu'il s'y accroche. Il est de coutume de considérer cette fonction de coupure comme étant d'ordre paternel, et de la rapprocher sur le plan linguistique de la métaphore.

Dans ce pas de côté qu'impose la référence à l'existence d'un désir, lequel reste situé comme extérieur à une relation trop contiguë, émerge une figure qui représente la renonciation à la toute-puissance, tant celle de l'enfant qui n'avait jusque là qu'à presser sur un bouton pour obtenir tout ce qu'il désirait, que celle de la présence maternelle, pleine d'avoir créé cette merveille, cet être unique qui semble si bien la combler. Mais cette figure n'est pas elle-même toute-puissante, ou bien elle pourrait devenir destructrice. Elle n'existe, nous dit Lacan, que de s'être soumise à la castration. Elle n'est que point de passage dans la transmission de la loi, qui est avant tout une loi interdisant de re-fusionner.

Que le père – il s'agit de celui que Lacan nomme *père réel* – se prenne pour la Loi, qu'il prétende la dicter, et toutes les catastrophes se profilent. Le père, c'est avant toute chose celui qui est soumis à une loi qui le dépasse, et qui en témoigne. Prenez par exemple le père incestueux, celui qui prétend que *son bon plaisir fait loi*, celui-là est probablement la figure la plus destructrice de toute fonction paternelle. Un père, cela transmet d'abord sa propre castration.

Or, si dans la logique de nos institutions, particulièrement lorsqu'elles s'occupent d'enfants, on sait parfaitement repérer une figure maternelle agissant auprès des patients, leur portant assistance et secours, voire parfois une figure maternante, il est souvent plus délicat de repérer du père autrement que dans la sanction ou dans la punition. Mais on ne peut sanctionner *au nom-du-père* que si la figure paternelle est préalablement assurée, et non pas supposer que ce soit la sanction qui crée du père.

Le père, c'est la référence ; viser un possible effet thérapeutique dans l'institution, c'est établir une référence triangulante à l'action de celui qui reste au contact du patient, celui qu'ordinairement on appelle *le soignant de référence* ou *référent*.

Mais comment est analysé ce désir du soignant ? Est-il d'ailleurs analysable ? On pourrait par exemple s'interroger sur l'exercice professionnel auprès d'enfants en tant que revanche masculine de se trouver dépossédé de la grossesse vécue dans son propre corps, ce que Marcela Yacub appelle l'exorbitant privilège du ventre des femmes¹¹ En écrivant ces lignes, nous pourrions évoquer l'image, quelque peu archétypale, de tel éducateur travaillant à occuper une place de mère idéale, déclenchant autour de lui rivalités, jalousies et chicanes, ou au contraire éloges et admiration, dont d'ailleurs il n'a cure, assuré de son bon droit de *bon professionnel*, qui est par ailleurs indéniable et reconnu. Il refuse évidemment toute triangulation, tout en faisant comme s'il la réclamait, ce qui brouille encore plus les cartes. Et l'enfant soigné dans tout ça ? Il peut bien se trouver au cœur

¹¹ Marcela Yacub, « La loi du ventre », in *Le crime était presque sexuel*, Paris, EPEL, 2002

de l'enjeu d'un dispositif qui lui fait revivre ce qui, par ailleurs, conditionne l'essence même de son être et de sa pathologie, et l'on peut craindre que de cette répétition vienne à naître un renforcement de ses défenses plutôt qu'une ouverture thérapeutique.

Se pose également la dimension de la sublimation dans l'investissement professionnel, ce qui faisait dire au psychiatre catalan Ferran Angulo qu'il existe une véritable « libido de la clinique », tout en sachant que cette sublimation peut être « attaquée » et être ainsi ramenée à son niveau le plus trivial. Ainsi, cette éducatrice racontait dans une séance de supervision clinique qu'elle était allée au domicile pour un entretien avec les parents d'un enfant, et s'était trouvée dans une pièce où la télévision était en marche. Étaient réunis là, le petit garçon dont elle s'occupait, âgé d'une dizaine d'années, sa grande sœur adolescente et leur maman. Elle s'assied, et découvre avec stupeur que le film qui passe à la télé, y compris le son, c'est un film X, pornographique, et pas du genre tiède. Son trouble est manifeste alors, et la maman candide se tourne vers elle lorsqu'elle demande à ce qu'on puisse se parler sans le film : « Pourquoi, ça vous gêne ? ». Étrange interrogation qu'on classerait volontiers dans le registre du pervers, c'est-à-dire du déni — déni de la castration — mis en scène pas seulement dans l'identité familiale et donc dans la structuration psychologique de l'enfant, mais dans une provocation adressée au soignant. Ce qui reste dans l'acte, qu'il soit éducatif ou thérapeutique est bien du côté de cette question : « ça vous dérange ? » qui effectivement transforme les positions subjectives et donc la teneur et le contenu de l'entretien. En effet, la soignante venue accompagner, soutenir et aider cette famille dans une position professionnelle, se retrouve, par le truchement de cette pirouette, amenée à se justifier, et par conséquent à permettre à ce trio familial de prendre pouvoir sur elle — non sans jouissance. Le pas est vite franchi qui permet de corréler les troubles familiaux avec cette position maternelle d'autre incastrable sans entame possible. Mais on entend aussi que la télévision, pensée par les sociologues comme un *troisième parent*, vient ici se situer en rival éducatif de celle dont c'est le métier. On notera que l'éducation sexuelle des enfants est bien souvent basée sur la pornographie en images (et non en paroles, ce qui change tout), avec toutes les dérives que cela suppose.

Notre hypothèse est ici la suivante : quoi qu'il fasse, un soignant suffisamment bon est un soignant référé à une position tierce, incarnation de la transmission de la Loi, tenant lieu de la fonction paternelle dite « de père réel » lequel ne fait pas la Loi mais témoigne de son assujettissement à la Loi comme nous venons de le rappeler. A cet égard, toute forme de psychothérapie institutionnelle est toujours référée à la sexualité des soignants, ou pour mieux dire, à la mise en acte de leur rapport personnel à la castration.

* *
*

Poursuivons avec un exemple que j'ai puisé dans ma pratique :

Quelques temps après mon arrivée dans l'équipe de l'hôpital de jour, le père d'une petite fille autiste me lança sur le pas de la porte : « depuis que vous êtes là, il y a des hommes dans ce service ! » Je suis restée un peu interloquée. Que voulait-il me dire ? Qu'il se sentait reconnu ? et en quoi ? ou comment ? Avait-il perçu mon souci de la reconnaissance des différences et d'abord de la différence des sexes ? Je venais de prendre la suite d'un

médecin de sexe masculin. Son propos m'a donc doublement interpellée : interrogeait-il mon regard sur les hommes ? ou bien ma dette à l'égard de mon prédécesseur ? ou encore voyait-il en moi une femme phallique ?

Peu de temps après, il dit à sa fille au moment du départ alors qu'elle était accompagnée vers la sortie par le psychologue : « ne le prends pas avec nous, il n'y a plus de place dans ton lit », laissant le psychologue stupéfait et troublé par ce propos pour le moins embarrassant. Qui pourrait bien avoir des vues sur qui ? Sa fille sur les hommes ? Les hommes sur sa fille ? Lui sur sa fille ? Et de quoi peut-il avoir peur ? Il est difficile de répondre mais la chose étant dite, elle risque d'avoir de l'effet. S'il n'y a plus de place dans son lit, c'est peut-être que quelqu'un y est déjà. Qui cela pourrait-il bien être ? Ce pourrait être aussi des vues du père sur les hommes (et donc sur le psychologue), vues qu'il attribue par projection à sa fille, comme le jour où il s'est adressé à moi. Est-ce que cette association ne vient pas éclairer un peu la dimension homosexuelle qui se cache dans le discours ? Ce qui nous renverrait bien à la peur du père attribuée à sa fille — qui pourtant semble tranquille — comme une peur de la différence, pas seulement des sexes, mais avant tout du pouvoir imaginaire attribué au féminin. Ce que l'on retrouve par exemple chez Jean Giono¹² mais aussi dans l'idée même du titre de la pièce d'Edward Albee : *Qui a peur de Virginia Woolf*¹³ ? Titre absurde recouvrant la peur, là aussi, peur d'une génération américaine où le *pauvre-petit-homme-riche* tremble devant la féminité vécue comme castratrice, forcément castratrice.

Je me suis aussi posé la question de la place que j'occupais dans l'imaginaire institutionnel comme dans l'économie psychique de ce papa ? Suis-je homme, femme, bisexuée ou hors-sexe ? Il n'est pas évident dans ces perspectives que je sois automatiquement femme, ni que je le reste. Une des questions que semblent poser les situations auxquelles nous avons à faire, c'est : comment le partage des rôles en fonction de l'imaginaire des sexes dans l'institution peut répondre au présupposé fantasmatique en œuvre dans la pathologie des enfants (et des adultes), et comment peut-on leur permettre d'y échapper en agissant sur ce dispositif institutionnel ?

Mais insistons un peu sur ce propos qui m'a été adressé, je le rappelle : « depuis que vous êtes là, il y a des hommes dans ce service ». Ma première réaction fut de me dire que ce père avait *remarqué* qu'un de mes premiers actes, lors de mon arrivée dans le service, a été de faire venir un psychologue de sexe masculin. Mais après tout, au lieu de trois, il y en avait maintenant quatre. Ce n'était vraiment pas une grande différence. Je n'avais fait en réalité que garder l'équilibre puisque moi-même je remplaçais un homme psychiatre. Et pourtant, il me signifiait là que quelque chose avait changé, et il me semble qu'il se demandait quel était mon regard sur les hommes en général, et sur lui en particulier. On ne peut pas imaginer les équipes soignantes comme des équipes asexuées. Et il faut forcément en tenir compte dans notre analyse et notre réflexion.

Dès les premiers entretiens que j'ai eus avec ces parents, ce père a interrogé la pratique des soins auprès de sa fille et plus particulièrement un type de soin : une fois par semaine, sa fille avait une séance baignoire avec un éducateur, et il se souciait de savoir si elle était toute nue pendant ces séances. Il se demandait si ce qui se passait là n'était pas une façon trop libertaire, pour ne pas dire libertine, de considérer les pratiques soignantes ou le soin en général. Aurait-il demandé cela à mon prédécesseur ? Je pourrais résumer sa préoccupation ainsi : pouvez-vous, vous qui êtes responsable de la dimension thérapeutique, et qui de surcroît êtes une femme, pouvez-vous cautionner qu'un homme ait des "vues" sur ma fille ? quelle est d'ailleurs à ce propos la nature de son propre désir ?

¹² Jean Giono, *Regain*, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1974.

¹³ Edward Albee, *Qui a peur de Virginia Woolf*, Paris, Robert Laffont, 1992.

Dans l'imaginaire social, il y a cette idée préconçue, et alimentée par une vulgarisation sommaire, que la plupart des pathologies renvoient à des traumatismes sexuels. Si votre fille est muette¹⁴, comme disait Molière, c'est sûrement qu'elle a été abusée, ou pire ; et si elle n'en parle pas, ce ne peut qu'en être une preuve supplémentaire. Ceci étant dit avec tout l'humour nécessaire pour se détacher de telles simplifications. Comment peut-on alors penser soigner dans un tel contexte, qui renvoie à une sexualité imaginaire, d'autant que les institutions pour enfants, qu'il s'agisse de l'école, de l'éducation spéciale ou du soin, sont les premières visées par le risque d'abus sexuel des adultes ? Néanmoins, nous sommes toujours sur le fil du rasoir car une équipe soignante doit pouvoir accueillir les émotions, celles de l'enfant comme celles des adultes, et le soin repose sur des échanges émotionnels, sur un travail sur nos propres affects d'un côté ; alors que de l'autre côté, le corps social tout entier, nous demande d'être vigilants à tout débordement possible, à se méfier de nos émotions, à les mettre dans notre poche, ce qui ne manque pas de déclencher les provocations des uns et des autres.

* *
*

Je voudrais maintenant tenter d'illustrer ce qui se joue dans les rapports entre les soignants à l'aide d'un autre exemple.

Mado est soignée à la Rose-Verte depuis un certain temps. Je ne vais pas détailler le dispositif de soin qui est un peu complexe. Disons qu'elle est accompagnée par un collectif soignant, avec une place particulière pour Cosimo Santese, psychologue dans l'équipe, qui est son thérapeute. Un jour, elle demanda à participer à l'entretien avec ses parents. En général nous recevons ses parents, Cosimo et moi-même, sans elle. Mado voulait dire à sa mère son mécontentement. Il se trouve que tous les samedis matins, elle allait au cirque participer à un atelier. C'est son père ou sa mère, parfois les deux, qui l'accompagnaient. Dans cette activité, les parents étaient invités à entrer dans le groupe et à faire l'exercice qui était proposé avec les enfants. Mais cette fois-là, sa mère n'a pas participé et Mado en a été très affectée, très en colère. C'est pourquoi elle souhaitait venir à l'entretien. Cosimo me demanda donc si j'étais d'accord. Sans trop réfléchir, je lui dis que oui.

Le jour venu, Mado rentre de l'école et nous rejoint dans le bureau. Ses parents sont déjà là. Nous l'accueillons avec beaucoup d'attention et Cosimo fait un petit rappel ; mais au moment où vient son tour de parler, elle ne peut rien dire. Elle grogne, s'agite, rouspète, harcèle sa mère. Cosimo intervient pour inciter Mado à dire ce qu'elle veut dire, mais en vain. Alors, pour tenter d'embrayer le dialogue entre elles, il s'adresse à sa mère et lui dit : « Mado a quelque chose à vous dire ». Mado est toujours aussi embarrassée. Petit à petit l'atmosphère se dégrade. L'agitation gagne, la maman ne sait plus que faire. Elle se raidit devant l'exubérance de sa fille jusqu'à paraître pétrifiée, figée, sans mots. Le papa essaie de calmer sa fille par la séduction et Mado finit par se coucher par terre sur le dos les jambes en l'air, face à Cosimo. Elle râle, couine, grogne comme un bébé désemparé. Nous évoquons le souci de Mado et son désir supposé à l'égard de sa mère. Nous essayons de rassembler tout cela, de traduire le vacarme mis à la place des mots, et finalement l'entretien se termine plus tranquillement.

¹⁴ « Voilà justement ce qui fait que votre fille est muette », Molière, *Le médecin malgré lui*, 1666, II, IV

Que s'est-il joué entre nous ? Il n'y avait pas les mots entre la fille et la mère, elles ne pouvaient pas se parler.

De mon côté, je me suis sentie un peu en colère contre Cosimo (peut-être en écho à la colère de Mado vis-à-vis de sa mère ?) et je me suis dit : mais qu'est ce qu'on a fait là ? Était-il judicieux d'accepter la venue de Mado alors que ce n'est pas dans nos habitudes ? Cosimo, pour sa part, dit qu'il s'est senti débordé (comme la mère ?).

Quelques jours plus tard, j'ai reçu la maman seule. Elle me raconta que cette séance avait été terrible pour elle, qu'elle est restée oppressée pendant les trois jours suivants, qu'elle ne trouvait plus sa respiration. Elle me dit : « je me suis sentie devant un tribunal, avec tout ce que je fais pour elle, j'ai eu la haine ; puis j'ai pensé que je n'avais plus envie de m'occuper d'elle ». Elle me dit cela en ressentant un sentiment d'étrangeté comme si ça lui venait d'ailleurs, elle ne comprenait pas ce qui lui arrivait. J'ai reçu cette détresse, tout en me gardant bien d'intervenir, et je me suis mise à en vouloir à Cosimo de nous avoir mis dans une situation pareille. Le papa nous dira un peu plus tard qu'il a trouvé cette séance tout à fait bien car Mado a pu s'exprimer ! Il est hors champ du langage entre la mère et la fille comme si ce qui se passait entre elles ne le concernait pas, même si en apparence il est très présent.

Cosimo s'est senti en "faute" avec l'impression d'avoir mal fait et mes propos l'ont culpabilisé, même si spontanément il s'est plutôt situé sur la même ligne que le papa.

Habituellement l'entente entre lui et moi était assez limpide, et voilà que cet épisode devenait comme une pomme de discorde entre nous.

Lorsque nous en avons reparlé, ce fut pour nous demander pourquoi Mado s'était mise dans cet état-là ? Faute de mots pour le dire, elle a mis en scène et en acte le bébé désemparé du début de sa vie. Cosimo évoqua de nouveau le malaise dans lequel il a été après notre discussion où je pensais : non seulement Mado a été très mal, mais sa mère a été blessée. Et Cosimo se sentait redevable de cela. Il a exprimé le sentiment de se retrouver dans l'impuissance à poursuivre le travail avec Mado comme un écho à la détresse de sa mère et à la mienne, une sorte de panne sèche !

Ce sentiment d'impuissance m'a permis de préciser quelque chose que je n'avais pas osé dire jusque là. En suivant le fil de mes associations, j'ai été amenée à penser que Mado n'était pas seulement un bébé désemparé au cours de cette scène, mais aussi une petite fille qui offrait son corps dans une relation très érotisée. Ces deux niveaux peuvent aussi coexister.

La fille puis la mère se sont retrouvées dans l'incapacité de dire ce qu'elles ressentaient ni de se parler. Elles l'ont vécu et agi ou incorporisé. Voilà un exemple de ce qu'est la répétition dans le transfert.

Quelques semaines plus tard lorsque j'ai revu la maman à la suite du décès de sa propre mère, elle me parla de la fin de la vie et elle en vint à me dire que sa mère, d'origine étrangère, avait quitté très jeune ses parents tant elle souffrait de la violence familiale, qu'elle a beaucoup lutté pour exister et se reconstruire en jetant un voile sur son passé douloureux et honteux. Et elle associait cela à l'idée que sa mère ne lui avait jamais parlé sa langue maternelle, qu'elle l'a privée de cette langue d'origine. Lors de notre premier entretien, trois ans plus tôt, cette maman nous avait dit : « donnez-moi les mots ». Cette phrase a pris du relief ce jour-là, de même que l'état de sidération dans lequel Mado l'a plongée lors de ce fameux entretien. Si l'on reprend la chaîne associative des propos de cette maman : le tribunal, la haine, le retrait, et l'impuissance, nous pouvons nous demander ce qui vient se répéter dans cette scène d'un refoulé inscrit dans la problématique de la grand-mère, la langue forclosée.

Le désaccord entre Cosimo et moi s'est éclairci lorsque nous avons constaté que Mado nous conduisait à la voir différemment selon la place que l'on occupait, tantôt gracieuse dans le regard des uns tantôt déformée dans le regard des autres et que ces deux parties d'elle-même restaient clivées.

Cosimo a pu passer de l'impuissance à la reconnaissance de sa propre castration en renonçant à sa jouissance, à l'idée que Mado était toute pour lui, à la place du phallus. Voici ce qu'il a écrit : « peut-être que Mado n'était pas que le phallus d'airain de ma jouissance de bon soignant, ni le corps réel qu'il convient de rééduquer. Elle est sujet de désir, qui pour se construire doit passer par le manque, le doute, le nôtre, c'est-à-dire celui des soignants ».

Enfin pour préciser cette question du transfert, on peut se rappeler le séminaire sur le transfert de Jacques Lacan¹⁵ dans lequel il commence par disserter longuement sur le Banquet de Platon, en particulier sur la scène où Alcibiade, dans le discours de Socrate, a quelque chose que les autres n'ont pas et ce quelque chose est invisible, pour parler de l'amour et introduire son développement sur la question du transfert.

Dans les registres de travail que nous venons d'exposer, la seule garantie que l'on puisse avoir, c'est la possibilité de supervision, c'est-à-dire la possibilité de reprendre dans l'après-coup ce qui s'est passé, mais aussi de pouvoir parler de ses émotions. Ainsi, les émotions des soignants sont au cœur du dispositif thérapeutique en ce que, pour une grande part, ces émotions sont le reflet du monde intérieur de l'enfant, elles appartiennent à ce que l'enfant projette sur nous et peuvent nous éclairer sur la place que l'on occupe dans son imaginaire. Elles sont à resituer dans le transfert, donc dans la répétition offerte au soignant de ses relations malades.

On se souvient de l'exemple de Françoise Dolto qui racontait s'être endormie pendant une séance avec son patient. Sa conception du transfert lui a fait percevoir que ce moment n'était pas dû à sa fatigue mais qu'il appartenait à son patient. Ce moment *de fading du sujet supposé soigner* était à restituer au patient comme lui appartenant.

Prenons un autre exemple.

C'est une histoire un peu particulière d'une petite fille qui est soignée à la Rose-Verte. En règle générale je ne fais pas les thérapies des enfants de ce service dont je suis responsable directement. Sans entrer dans les détails, j'ai été amenée à le faire pour deux ou trois enfants autistes très jeunes, pour commencer des soins au plus vite compte tenu de leur jeune âge.

Je travaille de façon un peu particulière. Je reçois pendant longtemps l'enfant avec sa mère en séance, parce que j'essaie d'établir le lien ou de le rétablir. Vous savez comment les enfants autistes ne s'intéressent pas à l'Autre de la relation, car pour eux il n'y a pas d'autre.

Un jour, alors qu'elles avançaient dans le couloir, j'ai entendu la maman dire à sa fille : « mais tu sais, on va chez les z'indiens ». Et je suis restée un peu interloquée lorsque j'ai réalisé que c'était la façon que sa maman avait choisi pour signifier qu'elles venaient me voir. Ainsi, elle ponctuait son arrivée d'un : « mais c'est les z'indiens ! » ou « on va voir les z'indiens ! » ou encore plus tard : « les z'indiens, c'est madame Allione ! ». Drôle d'impression à s'entendre ainsi nommer. Je trouvais que cette maman avait bien de l'imagination pour parler à sa fille. Peut-être même que l'inflation imaginaire était à la hauteur de son désarroi du fait de l'absence de

¹⁵ Jacques Lacan, *Le transfert, séminaire VIII*, Paris, Seuil, 1991.

dialogue avec son enfant. C'est ainsi que je me suis vue désigner comme l'Autre, l'étrangère. Bref, me voilà *z'indien*, une façon d'être psychanalyste, affublée peut-être d'une coiffe à plumes ! en tout cas un autre, désigné par la mère comme un Autre possible.

Qu'est ce que cette maman a transféré sur moi au point de dire à sa fille : nous sommes là chez les indiens, en terre étrangère souvent représentée comme hostile ? En quelque sorte, le psychanalyste est un étranger. Son espace est étrange, différent du commun. Je ressentais cette méfiance. Un indien n'est pas seulement un étranger. L'imaginaire renvoie aussi vers un être à détruire. « Un bon indien est un indien mort », disait le général Custer. Mais c'est aussi symétriquement la question des visages pâles. Enfin l'indien renvoie encore à la représentation d'un homme fort, puissamment viril et qui vit presque tout nu.

Dans cette histoire j'ai choisi, sans trop y réfléchir le prénom de Milady. Ce nom s'est imposé à moi avant même que j'en aie réalisé la portée. Milady est un nom utilisé pour une dame anglaise, respectable et plutôt coïncée par les convenances, littéralement c'est : *my Lady, ma dame ou moitié-dame*. Coïncée, Milady l'était bien lorsque je l'ai connue. Elle était triste, complètement étriquée dans son corps et assez guindée. Pas question de se poser par terre comme le font tous les enfants pour jouer, il fallait s'asseoir sur une chaise, se tenir bien droite et poser les jouets avec beaucoup de précaution sur une petite table. Elle avait un air un peu hautain qui forçait le respect, plutôt décalé par rapport à son âge. De là, sans doute, m'est venue cette idée de lui donner un nom qui renvoie à une dame. Mais c'est un rêve qui a mis en lumière ce qui se dessinait déjà dans ce signifiant.

Il se passe toujours quelque chose de particulier lorsque l'on décide de parler de tel enfant plutôt que de tel autre, une sorte d'investissement intellectuel et libidinal particulier : le désir de mettre en forme et en récit, de traduire le contenu de certaines séances ; c'est-à-dire une sublimation de la sexualité dans le travail : une libido de la clinique. Et je me suis demandé pendant plusieurs jours pourquoi ce nom s'imposait à moi. Il y avait l'idée qu'il commençait par la même lettre que son prénom, mais aussi que cette toute petite bonne femme était, sans doute, déjà une grande dame. Qu'elle imposait le respect, non pas dû à son rang, mais à l'immense énergie qu'elle mettait à investir l'espace thérapeutique que je lui proposais, même si au début je n'existais pas pour elle. Quelques jours après cette décision de l'appeler Milady, je me suis réveillée un matin en me souvenant d'un rêve où Milady était une petite fille. Nous nous croisions dans un lieu qui ressemblait étrangement à la Rose-Verte, nous nous rapprochions l'une de l'autre jusqu'à nous toucher. C'est alors que je l'embrassais sur la bouche et Milady me rétorquait haut et fort : « mais enfin, on n'embrasse pas une petite fille sur la bouche ! ».

Autrement dit, il y a une limite à la jouissance : à la mienne surtout ! C'est un peu la même chose qui emporte les parents lorsque leur enfant sort de l'autisme : il y a du trop de jouissance, ils témoignent d'une jouissance excessive. Ce qui peut précipiter l'enfant dans un autre registre, celui de la psychose. Dans la psychose, ce qui fait défaut, c'est de fixer une limite à la jouissance, celles de la mère et de l'enfant.

Mais il y avait aussi autre chose dans ce rêve, sans doute quelque indice de la bisexualité universelle chez l'enfant. J'ai pensé à un moment où la maman de Milady me disait tout le plaisir qu'elle avait parce que sa fille devenait féminine, qu'elle s'intéressait à ses habits, qu'elle devenait coquette. Ce que j'avais ponctué en lui proposant l'idée, un peu bêtement, que c'est elle qui lui transmettait sa féminité. Elle m'avait répondu plutôt surprise : « quand j'étais petite, j'étais masculine ». Milady avait repris avec beaucoup d'insistance ce mot : « masculine, masculine » en chantonnant. Ce qui m'avait incitée à dire que toutes les petites filles désirent être un garçon et avoir un pénis, avec tous les pouvoirs et les qualités qu'elles lui attribuent, de même qu'elles désirent posséder leur mère, rentrer en elle, voire la manger afin de s'approprier ses pouvoirs magiques, et même faire des enfants avec elle. Chose troublante, il y a eu au même moment le rêve de sa soignante. La maman de Milady y était enceinte, fière de son gros ventre, elle était énorme et le père disait qu'elle était pleine de poils,

masculine. Était-ce l'expression d'un désir de faire des enfants avec elle ? Dans ces deux rêves, nous étions toutes les deux, sa soignante et moi, et au même moment, traversées par quelque chose de l'homosexualité primaire de la petite fille : celle de la mère, celle de Milady et la nôtre.

Voilà une façon d'illustrer ce qu'il en est du transfert et de la relation soignante. La question serait : que faisons nous de cet élément transférentiel lorsqu'il apparaît de façon aussi parlante ? Et quel sens cela prend dans le dispositif institutionnel ?

Comment les propos de cette maman nous ont renvoyées à la dimension homosexuelle enfouie en chacune de nous. Cela nous confirme, s'il le fallait, la nécessité de s'occuper un peu des choses qui se passent en nous lorsque l'on prétend soigner la souffrance psychique.

Dans l'héritage freudien, une chose reste centrale : ce qui ne peut se remémorer se répète dans le comportement de chaque individu. C'est la répétition. Cette répétition prendra des allures différentes selon qu'il s'agit de névrose ou de psychose voire d'autisme. Mais qu'importe, pour que cette répétition se manifeste, il faut qu'il y ait un autre, il faut qu'un lien s'établisse entre le sujet et un autre qui se trouve alors en position de l'Autre. Le transfert, c'est la transposition des sentiments sur la personne du thérapeute. Ces sentiments qui permettent que s'exprime le contenu refoulé de la mémoire. Mais les sentiments d'amour, de haine, l'amitié, la sympathie ne sont pas le transfert, ils en résultent.

Le transfert a une nature double et, d'une certaine façon, cette nature est contradictoire, il est à la fois résistance, et grâce à la répétition, « fenêtre ouverte sur l'inconscient » comme le disait Jacques Lacan.

* *
*

Permettez-nous enfin d'ajouter un dernier point dans cette ébauche de réflexion, qui bien entendu restera loin d'être exhaustive. Il existe en effet une dimension que nous pourrions appeler *des transferts croisés*. Ce que nous nous permettons de baptiser ainsi, et qui s'appuie sur ce que Jean Oury nomme *constellation transférentielle* concerne en effet au premier plan l'identité sexuée des soignants, Il s'agit en un mot de ce qui se joue entre un patient et deux soignants ou plus, en prenant en compte non pas seulement les mouvements transférentiels du patient vers chacun d'entre eux, mais également ce qui se joue directement et émotionnellement entre les deux soignants. Si par exemple un patient X déclenche chez un soignant A un mouvement transférentiel que nous pouvons qualifier de compassion ou de sympathie, un autre soignant B peut être au contraire pris dans un mouvement symétrique de rejet. Pire, leur discordance peut aussi se détacher du patient, et se jouer entre eux dans une parfaite "innocence". Ce qui constitue une impasse ! Le transfert qui chez le psychanalyste doit presque forcément ne viser qu'une personne de la réalité et une seule, va ici se transformer en se jouant sur un duo, voire sur un groupe. Si les soignants A et B se rencontrent, font le point, analysent leurs relations, ils peuvent parfaitement y repérer la présence prégnante du patient X ; mais si au contraire ils ne s'entendent pas, ne se rencontrent pas, ne réfléchissent pas à ce que ce patient vient établir entre eux, prennent leur désaccord au pied de la lettre et en restent à leur dispute, il n'est pas rare que ce soit le transfert qui soit occulté, et dès lors inanalysable. C'est ce qu'on nomme habituellement *l'effet Stanton et Schwartz*.

En voici une petite illustration : dans un lieu de soin est évoquée en réunion la place des soignants de sexe masculin dans le groupe. Il y en a peu habituellement et ce jour-là le groupe est exclusivement féminin, et

le rôle qui semble leur être dévolu spontanément est dit ainsi : « faire du tiers, poser des limites, donner un cadre. » Or il apparaît au fil des réunions que l'éducateur absent, qui semble tellement manquer à tout le monde, est en congé de maladie, et qu'il semble fuir dans ce dispositif une ébauche de tension homosexuelle qui lui est adressée par un des patients.

De ce même patient, le groupe parle alors, plus facilement. Il embrasse les autres patients dans le cou, mais passe sa vie à se disputer avec tout le monde. Le soignant malade, justement, est le référent de ce patient. Qu'en pense le groupe ? Un ange passe. Comme chacun sait, un ange n'a pas de sexe, et le débat s'enlise, du fait justement que personne n'évoque l'homosexualité. Mais comme le groupe des soignants se trouve être réduit à un groupe de femmes, qui se plaignent de n'avoir pas d'homme, mais veulent le cantonner dans un rôle strictement caricatural de la position phallique, la question en vient à se poser d'une manière symétrique : quelle homosexualité inconsciente du groupe féminin veulent fuir le patient comme le soignant de sexe masculin ? Bien entendu, il n'y a pas de réponse, mais seulement une évocation pour montrer qu'un sexe peut toujours en cacher un autre.

Marie et Claude Allione

Mai 2008