

Communication

Phénomènes de masse et violence institutionnelle :  
la question de l'agressivité des familles en psychogériatrie

Mass phenomenon and violence in institution:  
family aggressiveness in question in psychogeriatry

C. Hazif-Thomas \*, P. Thomas

*SHU de Limoges, centre hospitalier Esquirol, 87025 Limoges cedex, France*

Disponible sur internet le 08 juin 2004

---

**Résumé**

De nombreuses tensions existent entre famille et institution en psychogériatrie. Les membres de la famille réagissent de diverses façons aux pertes cognitives de leur parent, et aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Pour certains, cela donne lieu à un grand désarroi, pour d'autres, à une dénégation, mais également souvent à de l'agressivité contre les soignants. La famille a besoin d'être renseignée sur la maladie démentielle ainsi que sur les techniques de prise en charge, car le résultat d'une adéquation des soins est une diminution des SCPD, mais ce besoin est plus souvent exprimé sur le versant de la critique que sur celui de la demande. Les contraintes institutionnelles et le poids de l'ambivalence familiale sont des entraves importantes à un soin psychogériatrique de qualité, a fortiori dans des unités trop importantes, dans lesquelles peuvent apparaître des phénomènes de masse. Cela peut sembler d'autant plus surprenant aujourd'hui qu'avec la démocratisation des rapports familiaux et l'évolution des conditions de travail, dans les familles comme dans les relations sociales, la négociation, la parité, l'élaboration des projets, pour lesquels chacun est concerné, ont remplacé le rapport de force et le patron de droit divin.

© 2004 Publié par Elsevier SAS.

**Abstract**

Many tenses could exist between formal and informal caregivers in psychogeriatry. Informal caregivers have different ways to cope with cognitive losses of their old parents or with their behaviour and psychological symptoms of dementia. Some of carers resent perplexity, some others deny reality, or are in a symmetric confrontation with formal carers. Family needs information on dementia and how to monitor the patients' deficiencies with a reduction of the frequency and the intensity of BSPD as a result. They express by critics rather than elaborated demands. Institutions red tape management in one hand and family ambiguity in the other disturb the quality of the psychogeriatric care planning, specially when big size of care units can generate mass phenomenon. As surprising it could today appear whereas family relationships, improvement of work conditions, as well as at home or in institution, negotiations, common interested projects elaboration, overtake strength and non discussed authority.

© 2004 Publié par Elsevier SAS.

*Mots clés* : Famille ; Phénomènes de masse ; Psychogériatrie ; Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ; Travail d'équipe

*Keywords*: Behaviour and psychological symptoms of dementia; Family; Mass phenomenon; Psychogeriatry; Work group elaboration

---

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [centre-hospitalier-esquirol2@wanadoo.fr](mailto:centre-hospitalier-esquirol2@wanadoo.fr) ; [CyrThomas@wanadoo.fr](mailto:CyrThomas@wanadoo.fr) (C. Hazif-Thomas).

« La vieillesse est une amputation diffuse. »

K. Goldstein.

## 1. Introduction

De nombreuses difficultés naissent aujourd'hui, avec les familles, des multiples faillites du fonctionnement hospitalier : malades hébergés dans des services inadéquats, longueur des attentes aux urgences, ou carence d'offres de rendez-vous spécialisés, faute d'un nombre suffisant de praticiens hospitaliers et de structures adaptées, gériatriques et psychogériatriques, en particulier. Le système est fragilisé, parfois défaillant, mais le bouc émissaire de la famille est souvent l'interlocuteur présent, médecin ou soignant, au moins aussi en difficulté que les personnes qui réclament des comptes. Alors que de nombreux praticiens se voient aujourd'hui contraints de faire avec un contexte de neutralité aggravante des autorités dans leurs interventions professionnelles, il est devenu licite d'interroger la pratique soignante avec les familles.

## 2. Le cadre thérapeutique aux prises avec les familles

De nombreuses tensions existent entre famille et institution en psychogériatrie. Les membres de la famille réagissent de diverses façons aux pertes cognitives de leur parent et aux syndromes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). Pour certains, cela donne lieu à un grand désarroi, pour d'autres, à une dénégation. La famille a besoin d'être renseignée sur la maladie, ainsi que sur les techniques de prise en charge de toute une série de problèmes pratiques [13,15]. Le résultat d'une adéquation des soins est pourtant une diminution des SCPD. Mais a-t-on les moyens de proposer quelque chose aux familles ? Les familles nous donnent-elles toujours le temps d'élaborer avec elle leur désespoir, leur échec ? Les rejets du corps médical ou du projet soignant, qu'elles ont pu opérer tout au long de la prise en charge de leur malade, ont-ils quelque chose à voir avec l'insuffisante prise en compte de leur propre projet ? Travailler en psychogériatrie, ce n'est pas que travailler à l'intersection de la pathologie psychique (psychiatrie) et de l'affection somatique (gériatrie). C'est aussi l'expérience du jeu pulsionnel, des troubles du comportement, d'une effraction du pare-excitation familial, qui nous oblige à nous tenir au carrefour entre le symbolique et sa perte (que la démence emporte) d'un côté, et le somatique et son atteinte fonctionnelle (des somatisations... aux chutes et à la dénutrition pour le dément) de l'autre.

Le cadre symbolique des familles, préparé par la médiation des procès médicaux et les discours sans nuance voire les propos péremptifs de certains médecins, est décalé par rapport à celui des praticiens de terrain. Par exemple, la plainte douloureuse d'un malade âgé dépressif doit, pour la famille, et parfois soutenue en cela par le discours de bonne

foi de quelques collègues, être soulagée par une thérapeutique antalgique. « C'est un scandale de souffrir dans les hôpitaux, quand les morphiniques... » L'hypocondrie et la dimension relationnelle de la plainte ne sont pas envisagées. Si le médecin non averti répond à la demande de la famille, l'antalgique prescrit ne répond pas à la demande du malade. Une escalade thérapeutique en résulte, le médecin étant motivé par son insuffisance, pointée par la famille. Insuffisance, il y a, certes, mais tant du côté familial, qui regarde le médecin comme un objet préprogrammé à soulager, que du côté médical, lorsque la globalité du malade n'est pas investie. Celle-là même que Freud explicite remarquablement dans son commentaire sur l'hypocondrie : « Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet. La représentation d'objet fortement investie par le besoin joue le rôle de l'endroit corporel investi par l'augmentation de l'excitation » [3]. On comprend que la recherche de l'ordonnance pour l'ordonnance puisse tenir lieu d'une telle quête névrotique lorsque la rencontre avec le soignant ne laisse pas émerger le besoin d'élaboration de la douleur, voire que soit avalisé son refoulement (envie de l'antalgique pour l'antalgique). Un des objectifs du travail avec les familles est donc de rendre compte de la foi en les capacités du malade et de son entourage, mais avec intelligence, sans dureté, ni laxisme. Une approche à la fois douce et ferme aidera avantageusement à coconstruire avec la famille un cadre contenant. Le cadre thérapeutique comprend normalement une instance tierce (une équipe, une autorité) qui légitime les propositions d'action soignante et les crédite d'une place dans un projet. Toutefois, cela implique que cette instance soit critique, mais dégagee de toute méfiance insécurisante, afin de permettre à chacun d'être légitimé, ce qui veut dire « avoir le droit de faire et être en sécurité » [4]. Pour autant, la tendance « consumériste » et son halo médicojudiciaire ajoutent un peu plus au désarroi et à la désorientation des soignants, confrontés à des familles mécontentes *a fortiori*, quand ce travail d'équipe ne s'est pas mis ou tarde à se mettre en place, faute des moyens que justement le responsable a refusé d'envisager. Faute aussi de désir ; c'est que le travail d'équipe suppose de désirer travailler en équipe, ce que Monsieur de la Palisse n'aurait pas contredit. Mais ce désir suppose aussi une désidération, soit, très exactement, une défascination. En ce sens, on ne peut travailler en équipe tant qu'on n'est pas dégage de la fascination par la puissance de l'équipe. Et de son instrumentalisation, comme mère toute protectrice, dans laquelle on se réfugie pour ne pas changer. Quitte à en expulser les indignes composants, non sans manier le clivage et rechercher un renégat fautif. La désignation d'un coupable peut, certes, sembler une solution lorsqu'il s'agit de fixer l'agressivité collective latente, mais si cela aide à préserver l'illusion groupale, cela ne contribue pas à faire que les leaders se posent la question de la prise de leurs responsabilités dans la bonne marche du service. Pire, cette illusion groupale devient un palliatif illusoire lorsqu'elle persiste non comme état passager, mais comme résistance au

processus groupal d'acceptation de la conflictualité, *a fortiori* si le détenteur de l'autorité y trouve une compensation à la désillusion institutionnelle. La mésentente entre familles et institutions retentit alors d'autant sur celle des médecins entre eux que ceux-ci sont hésitants ou en désaccord sur les pistes à suivre pour réduire les tensions d'une part, et qu'ils n'en ont pas toujours les moyens d'autre part. Au cours du siècle dernier, peu à peu, dans les familles comme dans les relations sociales, la négociation, la parité, l'élaboration des projets pour lesquels chacun est concerné, ont remplacé le rapport de force et le patron de droit divin. À côté de petites unités hospitalières, à taille humaine, et coordonnées entre elles sur le principe de la fonctionnalité du service public, il existe toujours des services hospitaliers tentaculaires, où le narcissisme de certains trouve son compte, mais qui ne peuvent être vécus aujourd'hui par les utilisateurs que comme un archaïsme.

### 3. La question institutionnelle des structures en psychogériatrie

Si l'on connaît de longue date la réflexion issue de la psychothérapie institutionnelle autour des pratiques asilaires et de la méconnaissance des patients en tant qu'individualités singulières, on n'a que peu approfondi la résonance des phénomènes de masse avec la question de la fabrication d'une représentation commune des personnes âgées prises en charge et de leur famille. En revanche, les familles ont pu, en particulier grâce à la loi de mars 2002 sur l'accès au dossier médical et à sa médiatisation, construire une représentation de puissance sur le système médical à laquelle nous sommes bien loin de pouvoir correspondre. Comme dans d'autres spécialités, les menaces de procès se profilent. Les gynécologues ont inauguré ce qui nous guette maintenant. Tous les professionnels de santé s'inquiètent aujourd'hui des risques d'une nouvelle flambée des primes d'assurances, et même des difficultés à s'assurer, qui pourraient surgir dès la fin d'année, alors que doit disparaître la structure provisoire mise en place par des assureurs pour les couvrir en 2003. Le Groupement temporaire des assureurs médicaux, pool de coassurance en responsabilité civile médicale, mis en place le 15 novembre 2002 sous l'impulsion du ministre de la Santé, disparaîtrait à la fin de cette année. Quelles seront les compagnies qui accepteront de courir les nouveaux risques pour les médecins, et à quels coûts ? L'estimation de l'augmentation prévisible des assurances oscille entre 30 à 40 %. Cette question est centrale *a fortiori*, lorsque se présentent des troubles du comportement ou un délitement identitaire chez des patients âgés, fragiles, d'autant plus sensibles à la fragilité de leur environnement. S'il n'est pas raisonnable voire dangereux d'obliger une équipe à supporter des risques qu'elle n'est pas prête d'assumer, il est franchement nécessaire, est-il besoin de le dire, de mieux entendre les différences entre soignants, exercice indispensable, à moins de continuer à dorer la pilule de chacun pour faire croire à une bonne entente de façade,

derrière laquelle se pose toujours la question de la liberté compatible avec le sens des responsabilités. Si l'information est un enjeu essentiel de la relation de confiance entre médecin et malade, elle l'est aussi dans la relation confraternelle si l'on ne souhaite pas voir celle-ci détournée dans le sens d'une protection juridique pour se prémunir d'une action en justice, ou celle-là dévoyée dans celui d'une protection narcissique pour se prémunir d'une mise en demeure d'engagement à prendre ses responsabilités.

Sans reprendre telle quelle l'idée de « semblant » de « rapport individuel » entre médecins et malades, il n'est donc pas inutile d'en étendre la portée aux relations entre médecins eux-mêmes. Les relations dites « confraternelles », entre médecins des hôpitaux, le sont-elles encore en dehors de toute intelligence institutionnelle ? La question de l'emprise de la rivalité mimétique sur les rapports humains a-t-elle une influence quant au regard porté sur le confrère ? Y a-t-il une place dans la vie institutionnelle pour l'organisation de la communication ou ne doit-on s'en tenir qu'à une communication sur l'organisation ?

Toutes ces interrogations affluent assurément lorsque malades et médecins sont confrontés à des phénomènes de masse, que peut parfois métaphoriser la remise en service des très grosses unités dans la boîte à outils institutionnelle, qui sous le vocable du pôle ou de centre expert, recherche son Titanic dans la banquise, sous prétexte de posséder le plus gros service ou la plus transparente des structures.

Le problème est que la transparence ne fait pas forcément bon ménage avec l'aide extérieure dont peut s'accommoder la famille, et ce qu'elle peut métaboliser renvoie aussi à la qualité de sa topique, à la vitalité de son écosystème, et à son degré de bien-être narcissique. Il y a là des résonances avec la volonté de gestion idéale de l'information, envisagée de façon totalement claire, comme si l'information en médecine était facile à donner ou anodine à transmettre. Or, les familles de malades atteints de maladie d'Alzheimer vivent au quotidien une intense souffrance narcissique, et à la fois de l'impérialisme de la quotidienneté, faite de tendance à occulter toute responsabilité supérieure à sa propre survie. Dans ce contexte, il est préoccupant (et cela est volontiers vécu comme provocateur) de vouloir faire disparaître cette souffrance, et la projeter dans l'espace public sans précaution, surtout s'il est architecturé pour la mise en scène de telles réalités. La disparition des petites unités conviviales à l'écoute de la problématique intime du patient, et l'évolution cumulative des moyens des uns et des autres pour les regrouper dans une même main, dans un même lieu, dans un même esprit, est peut-être à questionner du côté d'une dérive éthique, au moins pour ce qu'il en est d'une certaine éthique de précaution. Éthique de précaution, que la place de psychothérapeute doit mobiliser tant la place du « psy » peut être parfois mal vécue par la famille et/ou tout collègue somaticien comme celle de celui ou celle qui dépossède chacun d'une emprise sur le malade, ce qui amène donc un travail psychique pour accepter que la confiance accordée supporte cette influence tierce sur le patient. Précautions également

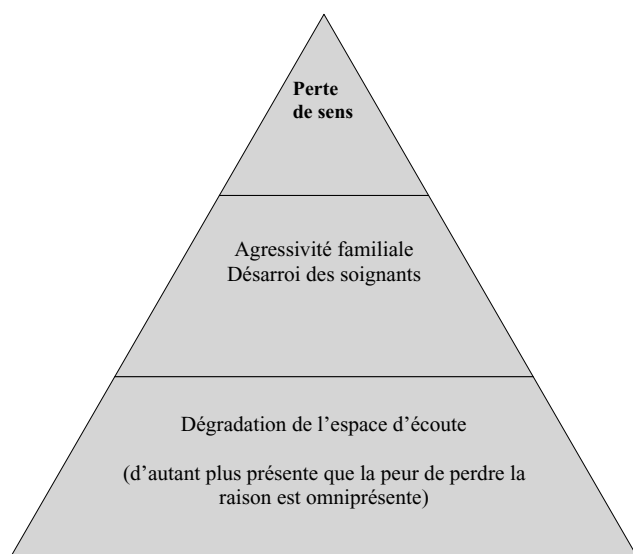


Schéma 1. Pyramide de la non-écoute.

indispensables dans certains contextes : de l'urgence évidemment, mais aussi celui du refus du patient d'être informé ou de voir sa famille, et aussi celui des limites thérapeutiques à l'information en cas de pronostic grave ou léthal... Cette instrumentalisation intrusive et ce refus de considérer la singularité ont de quoi faire frémir, et peuvent susciter en retour de la réticence, voire de la révolte.

C'est ce que ressentent non les médecins eux-mêmes, trop affairés à parer au plus pressé, mais les familles qui se retrouvent à « l'hôpital » dans une structure qui n'a plus « d'hospitalière » que le nom. Les médecins y pensent tout de même, à condition de sortir de l'idéologie de la politique de l'urgence, où il s'agit moins de penser que de faire « ce qu'il faut » et le plus urgemment possible. On s'étonnera peu, dans ces conditions, que les familles soient agressives. Si l'on songe également que les familles confrontées à la maladie d'Alzheimer sont de plus en plus dépendantes des soignants, on comprend que la situation puisse devenir rapidement explosive. D'autant qu'on oublie toujours un peu le paradoxe de l'aide, faisant que la recherche d'aide est toujours une action risquée. Il s'agit aussi de comprendre que la disponibilité du psychogériatre est fondamentale tant la demande de réassurance que souhaitent les soignants et les familles est toujours vécue par eux comme une urgence.

Dans ce contexte, les « super structures » de soins de longue durée ou les gros centres Alzheimer risquent de renouer avec des phénomènes de masse, dont les victimes sont autant les patients et leurs familles que les médecins qui y travaillent (Schéma 1).

Peu de chance, en effet, que s'y déploie un soin réellement thérapeutique, ou que les troubles du comportement du malade soient décodés en terme de réactions propres, analysables, échappant aux étiquettes convenues, qui les confondent avec la masse de plaintes colportées, depuis celles de la concierge... jusqu'à celles du médecin, désorienté par des pathologies difficiles à canaliser. Noyé dans la masse, le malade risque également de ne rien vouloir dire de sa souffrance,

tant ce qu'il vit peut lui apparaître comme « banal » dans le service où il est soigné, comme ci cela était devenu un fait acquis, qui ne mérite plus qu'on en parle.

#### 4. Le vécu de la plainte familiale et son halo agressif

Lorsque les conditions d'accès à leurs patients sont réduites, la perte de maîtrise des familles atteint un seuil critique : c'est alors la réaction d'agacement ou de retard du soignant venu leur ouvrir la porte qui met le feu aux poudres. Cette agressivité ne peut être contenue magiquement, et il ne suffit pas de produire une réponse « politiquement correcte » pour qu'elle disparaisse : il s'agit surtout d'une agressivité verbale, de coups de téléphone incendiaires, de plaintes à l'administration, de passages à l'acte avec retrait immédiat du malade, d'attaques voilées ou caractérisées de la compétence soignante, de reproches incessants, de revendications diverses... Elle est autant un effet de structure que réactionnelle à un questionnement angoissant, et elle risque d'induire de fausses réponses, comme de tranquilliser prioritairement la famille, quitte à se satisfaire d'un fonctionnement dépersonnalisant pour la personne âgée. Les questions percent sous la plainte familiale, qui tarde encore à être reconnue à l'instar de la plainte mémoire, de la plainte affective...

Cette notion de plainte est en effet composite, regroupant des revendications aussi diverses que le discomfort ou la promiscuité, le bruit... jusqu'à l'identification par le soignant familial principal des troubles du comportement de leur parent dément, comme l'a pointée l'étude Pixel. Elle est ancrée par l'ambiguïté familiale face au soignant qui, assumant la charge du malade à sa demande, relève potentiellement l'insuffisance ou l'échec de sa famille. Remarquons aussi que pour le soignant, ne pas supporter la plainte, c'est souvent se sentir mis en échec, et c'est prendre alors le risque d'une escalade symétrique. La plainte des familles, dans l'enquête Pixel, face aux difficultés générées par la prise en charge du malade, est aussi majorée par certaines conditions : état de santé de l'aidant familial, durée de la prise en charge, nécessité d'un déménagement, obligation de bouleverser son emploi du temps pour s'en occuper...

L'expérience de la démaîtrise met chacun face à ses limites, dont celles du plaisir de penser. En ce sens, le contraire du plaisir du souvenir, ce n'est pas le déplaisir, mais la douleur de l'oubli que le dément et sa famille affrontent, avec au premier plan la crainte que les soignants les oublient eux aussi. Ils oublient notamment leur vécu fait d'impuissance et d'incompréhension, du sort qui leur est réservé, et de la maladie qui frappe l'un des leurs.

L'un des leurs ou l'un des leurs ? Pensons aussi à ces recherches déjà anciennes redéfinissant le dément comme un fantôme, un spectre qui circule de façon évanescence (C. Delarue), ou comme un mort-vivant, contraint de choisir entre la valise ou le cercueil (J. Maisondieu). Toujours est-il que, leur ou leurre, il serait urgent de mieux entendre la détresse familiale que le dément métaphorise. Cette pathologie est

aussi un état qui tend à éviter la dérive catastrophique, car l'atteinte du fonctionnement psychocognitif et/ou de la mémoire familiale qu'il supporte est là aussi pour aider chacun à se souvenir que la famille est fatiguée, et qu'il est urgent qu'elle cesse d'oublier que nombre de ses représentants ne parviennent plus à être dépositaires de ses fonctions. À quoi répond, comme disait Lacan, l'ennui, celui du dément apathique sans doute, mais aussi celui de l'aidant, qui ne sait pas comment prendre le problème du retour à domicile d'un parent ou d'un conjoint : « Je ne sais pas quoi en faire » disait récemment la fille d'une patiente, dont l'amélioration symptomatique semblait la déconcerter quant à l'avenir. « Je ne sais pas quoi en faire de mon affect ? », et c'est ce que Lacan appelait « la morosité, la mauvaise humeur aussi bien » [8], mais qui indique bien que l'agressivité peut poindre lorsque, de cet affect, on ne veut ou on ne peut plus entendre. Quand bien même ce dernier résonnerait avec celui des soignants confrontés à ces familles, il n'est pas facile de l'aborder, tant elles sont déboussolées et paradoxalement figées dans une séparation dont on ne sait quoi penser, dont on se ressentirait d'autant mieux qu'elle resterait hors esprit... de famille. Situation d'impasse, dont il faut sortir, ce qui pose la question de la valeur d'appel au secours de l'agressivité familiale, car « il faut investir les familles pour qu'elles puissent à leur tour investir le projet de soin, et dans certains cas, leur parent » [1]. Charazac pointe à ce sujet l'alternance d'effets de surchauffe (solicitations intenses, qui sont aussi mêlées d'agressivité selon nos observations) et d'abandon (silences prolongés sans communication écologique intermédiaire) qui resserrent le nœud relationnel autour du patient. Notons que dans bien des cas, il existe au plan institutionnel un isomorphisme relationnel, faisant que de telles interactions peuvent se répéter entre gériatres et psychiatres dans les demandes plus que pressantes pour obtenir une place, demandes qui sont suivies ultérieurement d'un oubli prolongé voire d'une indifférence. Ces discontinuités faites d'agressivité et d'abandon sont à resituer dans des échanges insuffisamment élaborés, car noyés dans des phénomènes de masse de par le volant d'inertie excessif des structures faisant de plus en plus appel, les unes et les autres, à des modes impersonnels de communication, d'ailleurs souvent rationalisés par des procédures dites protocolisées. La question des responsabilités structurelles implique d'appréhender la part de demande utopique du psychiatre, lorsqu'il attend des soignants une tolérance des phénomènes projectifs, de l'angoisse, et de l'agressivité formidable des malades et de leurs proches. Sont-ils en effet formés en ce sens ? Il importe donc de prendre soin des soignants en premier lieu. Ce « prendre en soin » nécessite à l'évidence que le chef de service en personne ou le responsable dûment désigné par délégation épaulent ceux qui sont en première ligne. L'absence a ici des conséquences graves, comme celle de juger ladite demande comme d'une exigence cruellement irréaliste. Lorsqu'elle émane d'un encadrement parfois lui-même peu désireux d'investir une approche psychanalytique ou systémique, l'absence peut avoir le masque d'une demande tout simple-

ment cruelle. Celui qui a le pouvoir, serait-il celui qui a le savoir ? Celui qui a la responsabilité, doit-il avoir le pouvoir ? Ces croyances féroces sont assurément à interroger du côté de la paranoïa ou de la perversité, communément admises par une certaine société. Être et paraître sont-ils compatibles dans le schéma de l'inscription de soi sans la réalité ? Sans entrer dans le débat des résonances psychopathologiques des us et abus du pouvoir qu'Eiguer a magistralement mené dans son étude du pervers narcissique et de son complice [2], il n'est pas inutile d'en repenser la portée en terme de lien à un « savoir qui porte à conséquence ». C'est ce qu'a bien vu Sibony dans ses brèves, qui ne sont pas de comptoir, mais qui sont à compter au rang des quelques belles et rares illustrations théorico-cliniques autour du problème de la thématique de l'avoir et du comblement narcissique : « Le savoir qui tire à conséquence concerne le rapport à l'être, comme épreuve » [12]. À ne pas y référer le savoir, les meilleurs d'entre nous risquent de recourir au clivage, clivage entre deux formes de savoir qui s'appellent dans une dépendance comblante qui se veut d'abord celle d'un lien irremplaçable. « Ceux qui sont pleins de savoir mais se dégonflent devant l'épreuve et ceux qui sans savoir 'répondent' pour l'autre » [12]. Ce qui est refusé ici, est alors l'épreuve du savoir comme épreuve vivante : « L'un refuse d'en savoir plus sur sa place, sur son implication, et celui qui 'répond' si bien refuse d'en savoir plus sur l'autre, sur ce qu'il impose à l'autre en répondant pour lui » [12]. Il apparaît en clinique que se dégage de ce clivage une fausse conception de la collaboration, qui signifierait alors une homogénéisation de la pratique et de la façon de penser de chaque soignant, tout écart à cette ligne de fonctionnement étant alors taxé de déloyauté et de manque d'harmonie. Dans un autre registre, cela pose aussi la question de la culpabilité des soignants face à leur impuissance devant la maladie, tant cette culpabilité et les mécanismes mis en place pour s'en protéger sont sources de dysfonctionnements d'équipe, de problèmes de communication entre soignants et médecins, et de situations d'épuisement professionnel, à l'instar de ce qui se voit en psycho-oncologie [11].

Cette discussion serait oiseuse si elle n'interpellait pas chacun quant à la façon dont est ou non réalisée l'annonce diagnostique de la maladie d'Alzheimer, car nombre de familles sont agressives soit parce qu'elles ne peuvent plus continuer à se défendre de leur angoisse par le déni (c'est le classique stade de colère qui suit celui du déni dans la classification de Kübler-Ross, qui a étudié les étapes du cheminement lors du processus de deuil de soi) face à la démence, soit parce qu'elles ont été écartées de l'épreuve de la confrontation à la réalité, là où, de plus, leur esprit de famille réclame que la vérité leur soit dite.

Le poids des mots compte également beaucoup, et on peut ainsi lire sous la plume de Françoise Laborde la confiance suivante : « Le terme de démence est le plus souvent violemment rejeté. Au sein de ma propre famille, je suis la seule à l'employer. Mes sœurs ne disent pas de ma mère qu'elle est démente, mais qu'elle a la maladie d'Alzheimer. Moi je leur affirme que c'est la même chose » [7].

## 5. La place du médecin face aux phénomènes de masse

### 5.1. *Dérive chaotique et phénomène de bouc émissaire*

La responsabilité existe-elle encore, ou les responsables de nos sociétés recherchent-ils dans tous les domaines à déléguer le poids de leur charge sur leurs subordonnés ? C'est la question que pose la représentation commune du bon subordonné, fusible utile pour assumer à la place de son cadre et porter le chapeau en cas de problème, et abandonner la reconnaissance au profit du chef en cas de réussite. Réussite qu'il incomberait pourtant à chacun d'interroger par soi-même si toute action restait anonyme, puisque alors, chacun serait « obligé de se colleter à sa cervelle pour savoir à quoi ça sert ce que l'on dit » [14]. Et notamment, savoir ce que l'on dit aux familles et comment.

Côté médecin, son comportement face aux excès familiaux, soignants ou du patient, est souvent celui d'une acceptation des faits tels qu'ils se présentent. Hors de cette attitude, point de salut, et ce comportement (des remarques critiques aux coups de gueule, en passant par la seule question de confiance, ou des doutes quant au bien-fondé de la banalisation du laisser-aller), devient lui aussi « un phénomène de masse, en quelque sorte abstrait car il est remarqué bien davantage par les incidents qu'il crée, et les inconvénients qui en résultent, que par le drame personnel qui en est la cause ». Cette riche citation de Torrubia [14], primitivement énoncée à l'adresse du comportement du malade, s'applique par un curieux retournement au médecin d'aujourd'hui. Celui-ci a-t-il encore le droit de s'offusquer, de s'indigner quant à la diabolisation du conflit qui oblige chacun, malgré sa répugnance, à taire ses sentiments et à réduire ses observations à l'aspect purement technique que la compréhension du système peut lui inspirer ? On remarquera au passage que parler de diabolisation du conflit implique d'avoir les idées un peu claires quant à l'intérêt de l'introduction de la psychanalyse dans les institutions psychiatriques. Et rappeler avec Racamier que « les institutions soignantes sont toujours des organismes conflictuels » [10]. Vouloir faire du conflit en soi un signe cardinal d'échec du travail soignant, c'est donner tout l'espace au travail soi-niant. Pire, Racamier, toujours, n'hésitait pas à affirmer que « ceux - et il y en a - qui croient que le traitement des psychoses est une affaire qui va tout droit de façon radicalement aconflictuelle ne savent et ne veulent pas savoir ce qu'est vraiment une psychose » [10]. C'est dire que l'acceptation de l'éventualité du conflit ou son refus a valeur indicative sur ce que supportent ou méconnaissent ceux qui y sont confrontés à travers le soin des psychotiques sans doute, mais aussi des malades déments, dont on sait la propension à souffrir de troubles psychotiques, sans parler des patients qui entrent dans la démence par un délire de préjudice. Il est d'observation fréquente également de voir ceux, plus installés dans le processus démentiel, se défendre de façon originale des angoisses de mort par une « organisation délirante » qui selon Hoff, se caractérise par la « mise en place d'un imaginaire structuré en oppositions spatiales,

temporelles, sociales et physiques » [6]. Il n'y a donc place à une écoute de l'inconscient que si les conflits, que le réel névrotique, psychotique ou démentiel fait éclater, sont reconnus pour ce qu'ils sont : des occasions de repenser ce qu'ils poussent à réaliser, tant au plan du travail clinique que de la compréhension, cela afin de laisser s'accomplir les progrès psychiques et autres rémissions symptomatiques toujours possibles, même chez le dément. C'est en quoi il est fondamental de relire les Anciens si l'on veut rester moderne : « Comment l'institution aborde (si elle l'aborde), et résout (si elle résout) le conflit où sa fonction le place, cela détermine à la fois sa structure, son avenir et celui des malades. Car si le conflit reste inconscient, il ne lui peut être donné que des solutions de fortune, heureuses parfois, car l'inconscient a de telles inspirations, mais plus souvent malencontreuses, parce qu'elles ne sont pas intégrées. Or il semble à l'observation que les ensembles institutionnels ne se montrent aussi rebelles à tout progrès profond des malades que quand leur nature conflictuelle n'est pas reconnue ni par conséquent assumée, soit alors qu'elle reste latente, et active, soit qu'une organisation rigide (dont la psychiatrie asilaire et la psychiatrie neuroleptique sont de notables exemples) occulte toute possibilité de conflit vécu dans l'approche des malades » [10]. Le détour par la psychanalyse n'empêche pas de regarder ce qu'il en est de la diabolisation des conflits selon un point de vue plus synthétique et plus tourné vers l'équilibre des systèmes. Au plan systémique, de telles dérives évoquent, à n'en pas douter, un fonctionnement chaotique que l'attitude apparemment rigide du/des dirigeants occulte à sa manière, bien souvent maladroitement. Face à cela, le médecin qui ne veut pas sombrer dans le désespoir, ne peut qu'adopter une attitude basse, déglagée du désir de convaincre tel ou tel, sans s'arroger le droit de pointer ce qui ne va pas, au risque d'entrer dans un jeu sacrificiel, qui rappelle les travaux de Girard et son concept central de bouc émissaire [5]. Vouloir en effet traiter énergiquement le problème de front, revient à s'exposer au chaos, sachant que celui-ci résulte bien souvent « d'un excès d'énergie dans un système trop contraint ». Ce système trop contraint, lorsqu'il est dévoilé et découvert, met en face de cette levée de dénégaration par quoi il banalise ses entraves, des résistances parfois violentes : la désignation d'un fautif sensé générer les troubles. Le système trop contraint fait alors place au système « trop contre un », afin d'éviter toute remise en question cruciale, et surtout toute expérience d'autocritique. De façon similaire à ce qui se passe dans les familles qui luttent contre une prise de conscience par un de leurs membres de l'illusion groupale, allant jusqu'à lutter par des mouvements d'exclusion et de dévalorisation, le « bouc émissaire » dans une équipe porte les fautes du groupe soignant qui ainsi peut confirmer son illusion groupale.

### 5.2. *Que faire de l'agressivité groupale et du dilemme des aidants et/ou des soignants ?*

Sauf à investir la place du psychanalyste sans divan, la seule porte de sortie est alors de redéfinir encore son identité

de médecin, non comme un acteur de la vie institutionnelle ou comme producteur de soins scrupuleux d'assurer sa mission dans l'esprit d'une obligation de moyens à défaut de résultats, mais bien plutôt dans le sens d'une hypoactivité, qui visera toujours plus à freiner et ralentir les turbulences chaotiques du jeu relationnel et des phénomènes de masse dans lequel il s'insère mais dont il cherche à prendre ses distances. Il s'agit en somme d'être « un hypothérapeute de l'hypersurface », de se faire « petite main » ou « petit harmonium » face aux grandes coudées des chefs et autres grandes orgues des décideurs de tout poil. Et de n'agir que de façon parcimonieuse et avec les familles et avec les soignants, avec qui il s'agit plutôt de coordonner nos actions pour explorer et modeler l'hypersurface des soins, de l'activité associative aux secteurs et autres réseaux de soins. Ce qui implique par exemple de prendre ses distances face à tout acharnement rééducatif sur la personne du dément. Car contenir l'agressivité des familles ne peut se faire qu'à condition de réparer nos propres pulsions agressives face à cet être inquiétant qui présente une image cognitive brisée et un dynamisme comportemental cassé. Cela implique certainement d'être au clair avec la notion de lien solide, non infiltré de mouvements destructeurs.

L'objectif, notamment dans le travail avec les familles, est donc de leur redonner un peu plus de maîtrise, de les qualifier dans leur nouveau jeu de maîtrise, ce qui est différent du pouvoir, car la responsabilité est ici sous-jacente, sous peine de quoi cette agressivité, soit se majorera, soit se transformera en démotivation avec sa conséquence néfaste, le désinvestissement de leur malade. L'organisation d'un service où règnent la procrastination et la fuite d'un responsable devant ses responsabilités met en échec cette stratégie, prenant à contre-pied le médecin et privant la famille d'une ressource thérapeutique qu'elle pressent et qu'elle vient chercher, ce qui majore son hostilité au système et vis-à-vis de ceux qui essaient de l'animer. Les accueillir mieux est alors un impératif absolu si l'on ne veut pas qu'elles se perçoivent comme les « proches bizarres » d'un « fou parmi les autres ». Faut-il en ce cas se positionner comme l'autorité morale qui donne raison à la famille et tort aux soignants qui n'auraient pas bien fait leur travail ? Ou l'inverse, afin de générer une crise destinée à provoquer le changement ? L'une et l'autre stratégie sont assurément dangereuses et méconnaissent le risque toujours possible de perversion de la relation famille-soignants. Outre qu'elles ne favorisent pas l'aménagement d'un cadre soignant plus contenant, elles risquent de terroriser chacun par les informations qui leur sont délivrées, ce qui va à l'encontre d'un effet d'apaisement et ne les traitent pas comme des personnes moralement responsables. En somme, la morale attaque ici la morale même. L'éthique soignante doit se dégager de toute moralisation, mais à la fois s'attacher à un réel travail d'équipe afin de renvoyer des effets de synthèse appropriés aux familles dans l'intérêt du malade et dans le respect de chacun. Elle s'attachera également à apprécier le style de la famille et son degré d'équilibre au vu de ce qui la mobilise, quitte à reconnaître la fonction d'objet

jeté, de « déchet à déposer », que le dément peut incarner afin de regrouper chacun autour d'un constat cognitif unique : un malade à soigner, à réifier en tant que « paquet à déposer » dans le service afin de rester dans l'indifférenciation des communications à son sujet. L'enjeu thérapeutique est donc de respecter, dans un premier temps, cette pseudoréconciliation pour produire dans un second temps un effet de bascule faisant passer de l'idée d'un malade à soigner à celui d'un homme qui peut reprendre la parole dans une position singulière [9]. Ce travail ne peut prendre place trop vite, ni se désolidariser du style familial, faute de quoi la famille, se sentant menacée, réagira de façon hostile et agressive : le mieux est parfois l'ennemi du bien et mieux vaut éviter de confondre « tourner autour » de la réalité familiale et « marcher dedans ». L'enjeu en psychogériatrie est alors de percevoir les signes de l'autonomie dans la communication plutôt que de se focaliser sur la perte d'autonomie du malade. Se fixer sur le symptôme revient en partie à le fixer, et vouloir le supprimer peut déclencher l'animosité de tout le groupe, y compris du groupe soignant non préparé à un travail dégagé d'esprit de collusion avec la famille, la « bonne », celle qui pense comme le « bon » soignant. Le problème est que ce clivage, s'il permet de se défendre d'un sentiment de persécution, ne permet en rien de cultiver un réel espace d'écoute et que cela risque de favoriser la désorganisation familiale, rendant un peu plus délicate (voire impossible) l'écoute de la demande implicite du malade. Cela explique que l'agressivité des familles ou des collègues entre eux alimente deux tentations : celle de s'en remettre à l'autre (les enfants, côté soignants, les soignants, côté enfants), d'un côté, celle de banaliser le court-circuitage de la parole thérapeutique, de l'autre (Schéma 2).

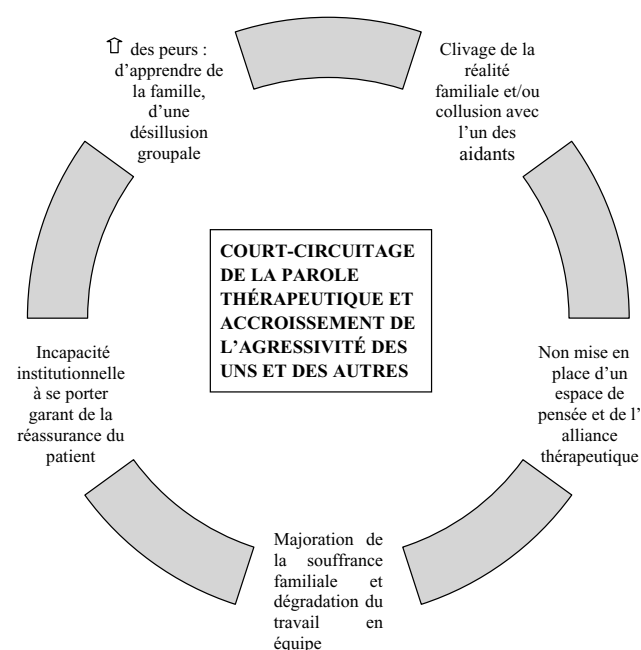


Schéma 2. Mode de renforcement des angoisses (de morcellement, de persécution...) avivées par la situation de groupe et les phénomènes de masse.

En somme, chacun doit se poser la question simple de savoir s'il suffit de mettre le chaos entre parenthèses pour qu'il en surgisse un ordre, qu'un discours institué saura reconnaître assurément : « Dieu ne reconnaît-il pas les siens ? »

Question épineuse, s'il en est, que quelques désopilants praticiens continuent à poser, au risque de déclencher la tempête des mauvaises humeurs et autres reproches auto-protecteurs.

## Références

- [1] Charazac PM. Introduction aux soins gérontopsychiatriques. Paris : Dunod ; 2001. p.91-3.
- [2] Eiguer A. Le pervers narcissique et son complice. Paris ; 2003.
- [3] Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. Paris ; 1968.
- [4] Fuster P. Le travail d'équipe en institution. Paris : Dunod ; 1999.
- [5] Girard R, Barberi MS. Celui par qui le scandale arrive. Paris : Desclée de Brouwer ; 2002.
- [6] Hoff X. Le réel dans la démence. *Nervure* 1990;8:64–9.
- [7] Laborde F. Ma mère n'est pas un philodendron. Paris ; 2003.
- [8] Lacan J. Télévision. Paris ; 1974.
- [9] Miermont J. Dictionnaire des thérapies familiales, Théories et pratiques. Sous la direction de J. Miermont. Paris : Payot ; 1987.
- [10] Racamier PC. Le psychanalyste sans divan. La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques ; 1970.
- [11] Roche AE, G N. La collaboration psychiatre/oncologue : la psycho-oncologie. *Nervure* 2000;6:63–7.
- [12] Sibony D. Don de soi ou partage de soi ? Paris ; 2000.
- [13] Thomas P, Chantoin-Merlet S, Hazif-Thomas C, Belmin J, Montagne B, Clément JP et al. Complaints of informal caregivers providing home care for dementia patients: The Pixel Study. *Intern J Geriatr Psych* 2002;17:1034–47.
- [14] Torrubia H. La psychothérapie institutionnelle par gros temps. Paris ; 2002.
- [15] Werner P. Correlates of family caregivers' knowledge about Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16:32–8.

## Discussion

*Dr Luauté* – Je voudrais vous féliciter pour votre intéressante communication et vous poser deux questions. Vous faites une œuvre utile dans laquelle vous vous engagez, alors je voudrais savoir ce que ces familles agressives vous reprochent et vous demander si vous n'êtes pas simplement, comme le sont d'autres spécialistes, la

cible facile d'un état d'esprit contemporain qui veut à tout prix des boucs émissaires pour tous les malheurs de la vie ?

*Dr Biéder* – Cette communication est très importante et ce sujet le sera de plus en plus. Autrefois, j'avais étudié les plaintes et j'avais constaté, schématiquement, que celles concernant les patients jeunes étaient adressées à la presse, alors que celles concernant les patients âgés l'étaient au ministère, sans doute parce que les plaignants souhaitent que les médecins subissent des sanctions.

Par ailleurs, avez-vous une commission de conciliation dans votre établissement ?

*Réponses du Rapporteur* – Au Dr Luauté : Il n'est pas sûr en effet que *l'a priori* selon lequel le médecin recherche les meilleures conditions de guérison et de santé pour son malade soit encore accordé et un certain nombre d'aidants demandent aujourd'hui à juger sur pièces, quitte à disqualifier les recommandations médicales si elles ne leur « plaisent » pas. La question se pose dans ce cas d'une volonté de juger qui excède les compétences des familles mais celles-ci se refusent parfois à le reconnaître, comme si elles ne reconnaissaient plus qu'il s'agit par exemple dans la dépression - ou dans certaines situations de dépendance - d'accepter la vie comme elle est encore, faute de mieux, préférant reporter la faute sur le médecin. On remarque également dans ces situations comme une résistance quant à l'élaboration de la souffrance, celle-ci devant disparaître à leurs yeux par la magie de l'hospitalisation, ce qui est une façon de faire l'impasse sur la nécessaire négociation à mener afin que chacun se sente à sa place et que les besoins du malade soient respectés. Néanmoins il faut toujours garder en tête que les aidants qui sont les plus agressifs sont aussi en règle ceux qui souffrent le plus. Il n'est malheureusement pas toujours acquis pour eux de savoir demander de l'aide, *a fortiori* quand ils ont pris l'habitude de mettre en avant celle de leurs conjoints hospitalisés pour mieux éluder leur problématique. Il semble que ce qu'ils refusent de regarder soit leur incapacité momentanée à donner, ce qui naturellement trouve des échos chez les soignants parfois débordés, et qui se plaignent de la lourdeur de certaines prises en charge. Cette réalité sera à mon avis plus forte dans les années à venir si de grosses structures remplacent les petites unités conviviales, d'où mon titre : phénomènes de masse et violences institutionnelles.

Au Dr Biéder : Vous avez parfaitement raison, et c'est vraiment le sentiment général qui en ressort ; concernant la commission de conciliation, celle-ci existe au CHU de Limoges mais l'expérience montre que peu de familles préalablement en conflit avec le corps médical l'investissent, comme si cette conciliation était justement perçue comme un combat inutile, peut-être celui du pot de terre contre le pot de fer, alors qu'il s'agit encore une fois d'ouvrir un espace de négociation et de dissipation des malentendus, et surtout une possibilité nouvelle de proposer une continuité de la prise en charge.