“ Dans les bras des femmes ” : quelques destins du travail du féminin chez l’homme vieillissant confronté à l’expérience de la dépendance

Celine Racin, Benoît Verdon

► To cite this version:

Celine Racin, Benoît Verdon. “ Dans les bras des femmes ” : quelques destins du travail du féminin chez l’homme vieillissant confronté à l’expérience de la dépendance. *Imaginaire et Inconscient*, 2020, n°44 (2), pp.93-102. 10.3917/imin.044.0093 . hal-03022784

HAL Id: hal-03022784

<https://hal.science/hal-03022784>

Submitted on 24 Nov 2020

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

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

« Dans les bras des femmes » : quelques destins du travail du féminin chez l'homme vieillissant confronté à l'expérience de la dépendance

Céline Racin et Benoît Verdon

Prolégomènes: *care*, sexuel et « travail du féminin »

Il est des moments de l'existence qui confrontent directement et individuellement à la question de la dépendance, lorsque l'installation d'une situation de désaide physiologique, dans laquelle un sujet se trouve dans l'incapacité de s'aider lui-même pour satisfaire certains besoins et désirs, introduit des modifications durables dans le cadre de vie quotidien (sur le plan manifeste) à travers le recours à des soins de longue durée, et rehausse (sur le plan intrapsychique) la significativité des dangers du monde extérieur et la valeur de l'objet.

Pour certaines personnes, ces modifications interviennent au cours du vieillissement. À l'appui d'une vignette clinique recueillie dans le cadre d'une recherche doctorale (Racin, 2017), nous nous proposons de montrer en quoi le « théâtre » des soins de longue durée apparaît comme un bassin attracteur privilégié pour les remaniements des investissements narcissiques et objectaux, qui ne se laissent pas recouvrir par le seul poids de l'actuel et du registre de la matérialité, omniprésents dans le discours des sujets âgés concernés. Avec Grégoire, confronté à l'apparition et l'installation d'un handicap cognitif et physiologique consécutif à un accident vasculaire cérébral, nous nous demanderons comment et à quelles conditions un individu peut-il s'approprier subjectivement l'expérience de la dépendance et de l'institutionnalisation des soins de longue durée ? En quoi la confrontation à la dépendance et le *projet* d'institutionnalisation des soins de longue durée influencent-ils les remaniements psychiques et relationnels inhérents au travail du *vieillir* déjà engagés par ailleurs à ce moment de la vie ?

Comment, au-delà de ses capacités fonctionnelles, se tenir au plus près de la singularité et de l'originalité par lesquelles s'exprime son autonomie au sein des expériences de *care* ?

Nous retenons ici le terme de « *care* », plutôt que de « soin » ou de « sollicitude », pour éviter la réduction du *care* au registre d'une préoccupation attentionnée ou d'une activité curative spécialisée. Il s'agit par ailleurs de ne pas perdre de vue combien l'expérience de la dépendance chez le sujet âgé se trouve intimement liée à l'expérience du sujet qui réalise le travail de *care* et, partant, aux formes d'organisation socio-économiques qui en orientent et contraignent les conditions d'effectivité. Enfin, cette désignation nous intéresse à deux niveaux au regard de la problématique qui nous occupe ici. D'une part, ce terme nous donne l'occasion de revenir sur le danger d'essentialisation et de naturalisation extrêmement prégnant qui guette encore les tâches relatives à ce que les théoriciennes du *care* appellent le « travail de la dépendance » (Tronto, 1993), qui relèveraient de dispositions ou de vertus spécifiques aux femmes, et plus encore aux mères, là où – rappelons-le à la suite de Winnicott – le *care* n'a rien de « naturel », tout comme n'a rien de « naturelle » la disposition d'une mère à prendre soin de son enfant. D'autre part, l'écoute analytique nous rend sensible à ce qui, contenu dans l'expérience de *care*, est susceptible de réactualiser tout un univers fantasmatique relatif au *care* primordial de l'enfance, dans lequel s'enracine le développement psychosexuel du sujet (André, 1995 ; Schaeffer, 1997 ; Verdon, 2016). Ainsi, cet article propose une réflexion permettant de se départir d'un courant « féminin » ou « maternaliste » du *care*, pour envisager les modalités selon lesquelles le « travail du féminin » peut être psychiquement mobilisé dans les expériences du *care*, tout à la fois chez les femmes et les hommes qui réalisent ces activités et chez les femmes et les hommes qui le reçoivent.

L'expérience du care : un lieu possible de subversion libidinale de la dépendance physique

Nous rencontrons Grégoire à l'hôpital, quelques mois après une intervention chirurgicale survenue dans un contexte de fragilité cardiaque. Grégoire accepte volontiers cette proposition de recherche, d'emblée investie comme une séduction exercée à son égard, et assume ostensiblement le plaisir pris dans nos échanges. À 77 ans, Grégoire se sent cependant cruellement « diminué », « incapable de continuer comme avant ». Le premier entretien fait état du constat amer de la perte de certaines capacités, cognitives et physiques, qui lui offraient notamment la possibilité de se tenir seul debout (là où il est désormais contraint de « s'afficher » avec un déambulateur pour se déplacer), et qui lui assuraient hier encore des satisfactions nourrissant le sel quotidien de la vie : la conduite automobile, les activités culturelles (théâtre, musée), le golf... Mais la tension conflictuelle nodale, recouverte de prime abord par la mise en exergue de ses

difficultés physiques, se dévoile dans le regret aigu de ne plus être en capacité d'exercer une activité sexuelle à laquelle il accordait « *une place importante* », lui qui se laissait auparavant « *mener par le plaisir dans la vie* ». Par-là se traduisent pour Grégoire les effets du vieillissement, véritable castration qui le prive de « *jouissance sexuelle* » depuis maintenant déjà quelque temps, des temps antérieurs à la fragilisation récente de son état de santé. À la faveur de processus de déplacement opérants, Grégoire aménage de nouvelles modalités de satisfaction à travers la fréquentation affectueuse et tendre de la « *gente féminine* », sous la forme d'échanges amicaux dont la nature libidinale est pourtant bien patente, jusque dans l'investissement de ces rencontres de recherche : « *Je suis content de rencontrer des jeunes femmes comme vous par exemple, si ça ne vous choque pas* ». L'amour de ses filles, potentialisé depuis le décès de son épouse il y a quelques mois, lui donne par ailleurs l'occasion de plaisirs nouveaux, satisfaction de désirs secrets et inassouvis, un « *retour sur investissement* » énonce-t-il avec humour en révélant les racines œdipiennes de ce rapproché inédit, et en soulignant qu'il ne se serait certainement « *pas entendu avec un garçon* » : « *alors que mes filles, elles me maternent* ». Et de convoquer le souvenir de sa mère, dont il était très proche (« *c'était fusionnel* »), lui qui a exclusivement été élevé par des femmes qui le « *portaient aux nues* », l'absence de son père pendant sa petite enfance en raison de la guerre, ayant « *tué* » selon lui toute possibilité de relation. La motion agressive qui s'exprime ici, à laquelle l'évocation du décès prématuré de son père donne un écho redoutable, ainsi que la nécessité pour Grégoire de préciser « *ça n'intéressait pas ma mère, le sexe, ça, je le sais* », donnent toute la mesure de l'intensité des fantasmes incestueux et parricides qui animent sa vie psychique, en mettant à l'épreuve ses capacités de refoulement. À l'abri d'une activité socialement valorisée témoignant de capacités sublimatoires efficaces, Grégoire est devenu chirurgien spécialisé dans des pathologies qui concernent majoritairement des femmes, activité l'autorisant à se délecter de « *l'attraction du toucher* », du « *plaisir de la chair* », désir non complètement libre cependant. « *Être médecin, c'est aider et aimer hein [...] J'aimais bien soigner les gens, mais parfois c'était difficile, je ne suis pas sûr que la chirurgie, c'est pour faire du bien* », nous dit-il en effet, évoquant la confrontation conflictuelle à un corps féminin livré à son agressivité potentielle, à l'attaque de la chair, à la pénétrabilité de ses outils. Grégoire aurait préféré « *réparer les corps* » et les « *méfais du temps* » en se consacrant à la chirurgie plastique – ou alors être couturier –, façon d'énoncer le dégagement possible, par un contre-investissement, d'une agressivité coupable.

L'offre d'entretien, ressaisie donc par les feux ardents d'un fantasme de séduction, suscite une prise de position passive visiblement plaisante (« *c'est à la fois scientifique... et thérapeutique* »). Grégoire semble se laisser porter, mais également « *féconder* » par notre regard et nos interventions dans une soumission complaisante (« *on dit tout au psychologue* »). Tout au long des entretiens

cependant, Grégoire tente également de lutter contre l'inquiétude de se montrer défaillant, notamment sur le plan de l'efficacité cognitive, le climat de ces rencontres révélant une grande difficulté liée à la réactivation de l'angoisse de castration. Cette dernière se fait entendre sur le terrain d'une fragilité cognitive objectivée à l'évaluation, imputable à des troubles de la mémoire et à des signes frontaux (émoussement affectif, trouble de l'attention et de la concentration) d'allure vasculaire, mais également sur le terrain d'une fragilité narcissique pré-existante. Grégoire se dit d'un naturel préoccupé (« *c'est un de mes soucis d'être inquiet* »), à l'instar de sa grand-mère qui l'a élevé, mais peut également évoquer la difficulté à soutenir une image gratifiante de lui-même en l'absence d'un regard féminin réfléchissant, d'un reflet enrichi de l'ascendant phallique qu'il emprunte à ces femmes décidément mieux nanties que lui, comme l'était notamment son épouse, dont il admirait la brillance intellectuelle, alors qu'il n'a exercé quant à lui qu'un « *métier terre à terre* », qu'il n'est au fond qu'un « *manuel* ».

Nous retrouvons Grégoire cinq mois après sa sortie de l'hôpital. Il est rentré depuis deux mois à son domicile, après un passage temporaire en EHPAD pour prolonger la rééducation et préparer la mise en place des dispositifs de soins de longue durée. À ce moment, la problématique identificatoire déjà repérable en amont se fait entendre jusque dans le conflit entre revendications phalliques actives (« *j'ai besoin d'agir* ») et aspiration à se laisser faire. Cette confrontation entre deux forces opposées n'est pas sans susciter un vif sentiment de culpabilité, qui s'exprime dans les auto-reproches qu'il s'adresse (« *pas assez sportif* », « *fainéant* », « *manquant d'allant* », « *je me laisse aller* ») et la peur d'un retour de bâton porté par une identification terrifiante aux personnes rencontrées en EHPAD, qui « *ne font rien* » et « *racontent tout le temps la même chose* ». Si les plaisirs pris dans la passivité demeurent des plaisirs coupables, structurant de la vie intrapsychique et des modalités de relation à soi et aux objets, les représentations surmoïques n'entravent pas cependant les possibilités de déplacement des investissements sur ce mode, et offrent un dégagement possible aux renoncements auxquels Grégoire se trouve confronté. Ainsi regrette-t-il d'avoir abandonné le sport, même s'il reconnaît apprécier le regarder à présent à la télévision (« *c'est un plaisir serein, mais avec regret* »). Ainsi regrette-il également de ne pas avoir renouvelé les responsabilités qu'il assumait à un poste de cadre au sein d'une fondation médicale, renoncement qui le protège de la confrontation redoutable à ses impossibilités fonctionnelles nouvelles (« *des choses m'échappaient* », « *je n'ai plus envie de ça, d'avoir cette contrainte* »), mais renoncement douloureux néanmoins (« *en même temps, je me coupe de quelque chose* »). Pour autant, le désir de la rencontre charnelle avec « *la femme* », de « *faire plaisir à une femme et vice-versa* », ne s'évanouit pas complètement sous la brume du vieillissement, et trouve des assouvissements secrets dans les relations de *care* qu'il a découvert à l'hôpital, notamment autour des soins du corps, et particulièrement des « *soins intimes* » (« *ça me fait plaisir, c'est comme une caresse* »). À

l'appui d'un tact certain (ses propos ne traduisent pas d'excitation débordante), Grégoire peut livrer le plaisir à s'abandonner dans les bras des femmes, à se laisser prendre, à se laisser porter, à se laisser toucher par une caresse à la fois enveloppante et érotique, alors que ce consentement à la passivité devient menaçant dans les relations de *care* avec les hommes, probablement trop entachées d'une fantasmatique homosexuelle liée aux faillites de l'élaboration de l'Œdipe négatif : « *ce n'est pas que ça me plaise pas avec un homme hein, mais... une caresse, caresse amoureuse, pas amoureuse mais... [...] Je me sens tellement moins bien avec les hommes qu'avec les femmes. J'aime le sexe féminin* ». Ici se révèlent tout autant l'envie des lieux du féminin que la difficulté pour Grégoire à jouer le jeu d'un investissement érotique homosexuel.

Vicissitudes des remaniements identificatoires : du féminin et du maternel dans le *care*

Cette envie des lieux du féminin, qui s'appuie à la fois sur une identification primaire au féminin maternel (support de l'introjection des éléments primaires, des lieux d'une réceptivité structurante et fécondable) et à une identification au féminin érotique (support de l'introjection d'une réceptivité désirable et pénétrable) (Bokanowski, 1997), n'est pourtant pas, malgré sa revendication apparente, d'accès aisé et libre de conflit.

On comprend mieux, dès lors, la nécessité pour lui de séparer le courant tendre et le courant sensuel de l'investissement du féminin, et les efforts concomitants de mise en représentation défensive d'un maternel dépulsiionnalisé, déssexualisé, sur lequel se fonde le mode d'investissement de sa mère et, dans la continuité de ce premier choix d'objet, le mode d'investissement de son épouse, toutes deux aucunement intéressées par la chose sexuelle, nous dit-il. Ce qui nous rappelle que le maternel « est une entité formelle et/ou fonctionnelle. Elle ne saurait se résumer en une *figure*, même si certaines figures sont plus propres à l'évoquer ou à le convoquer » (Gantheret, 1983, p. 7). En conséquence de quoi, la représentation du féminin maternel est contre-investie sur un mode spéculaire, support d'une structure encadrante et réfléchissante (« *j'aimais bien lui dire ce que je pensais, ce que je faisais* », évoque-t-il à propos de son épouse), alors que les revendications pulsionnelles sexuelles sont déplacées sur d'autres figures, moins entachées de cette empreinte menaçante du maternel. La passivité, chez Grégoire, semble particulièrement imprégnée d'un fantasme de séduction, de désir et de crainte tout à la fois d'être pénétré.

Il semble que le désinvestissement d'une imago maternelle phallique n'ait pu s'accomplir chez Grégoire *via* l'une des voies possibles orientée par l'élaboration d'une homosexualité défensive à l'égard du père, qui suppose un processus d'identification régressive au père œdipien face à la menace de castration sous-

jacente à l'hétérosexualité de l'Œdipe positif. C'est possiblement l'insuffisante élaboration de cette composante organisatrice de la bisexualité psychique qui contribue en partie à la difficulté amplement soulignée par Grégoire de recevoir le travail du *care* de la part d'un homme, à soutenir cette réceptivité active, spécifique au travail du féminin, face à un homme. C'est possiblement la réactivation menaçante d'une représentation féminine trop adossée à cette imago maternelle, phallique mais insuffisamment soutenante, potentiellement abandonnante, qui fait par ailleurs craindre à Grégoire l'approche de la nuit (« *je n'aime pas la nuit ; pour moi, la nuit, c'est un peu la mort* ») et cruellement redouter la solitude, qu'il découvre depuis le décès de son épouse (« *j'ai toujours été entouré de femmes, dans ma famille, dans mes amis, dans mon métier* »). C'est peut-être enfin la lutte contre l'investissement excessif et l'action passivante de la figure maternelle qui soutient une érotisation défensive des relations hétérosexuelles, et qui le conduit par exemple, sur le seuil de sa porte à l'issue de notre dernière rencontre, à nous faire la bise en s'exclamant : « *Mince, on ne doit pas embrasser une psychologue !* ».

Ainsi, les vicissitudes des destins de la position féminine de l'homme, de l'intégration sereine des lieux du féminin, que nous avons pris le temps d'explorer chez Grégoire, nous permettent de souligner combien les réaménagements des investissements appelés en ce moment de passage, les remaniements de la représentation de soi et du commerce objectal, restent indéniablement sous-tendus par les vacillements relatifs aux prises de positions identificatoires.

Le témoignage de Grégoire permet d'entendre combien l'entreprise de subversion libidinale de la dépendance peut viser, dans des conditions favorables, une conquête bienvenue du désir sexuel sur le pôle autoconservatif et participer de nouvelles satisfactions trouvées dans le plaisir pris dans les bras des femmes qui réalisent le travail de *care*.

Perspectives thérapeutiques: contribution du « travail du féminin » à l'investissement des dispositifs de soins de longue durée

À travers l'évocation de Grégoire, nous nous intéressons plus largement aux réaménagements induits par ces moments de passage susceptible de survenir au cours du vieillissement, lorsque des fragilités somatiques précipitent une hospitalisation en gériatrie qui ouvre sur la nécessité de recourir à une institutionnalisation des soins de longue durée, que ce soit sous la forme d'un déménagement en établissement d'hébergement ou sous la forme de l'introduction durable et majeure d'aides professionnelles sur le lieu du domicile habituel. Une des difficultés majeures, dans ces moments, revient à tenir ensemble *exigence de continuité* et *discontinuité dans le changement*, de permettre au sujet de se déployer dans la vie tout en inscrivant la reconnaissance de la finitude et du manque, de rendre la mort probable sans en mourir cependant, de façon à autoriser et suppor-

ter un désinvestissement progressif du fantasme d'immortalité (Ferenczi, 1921) qui n'expose pas au risque d'hémorragie narcissique imputable à un dessaisissement funeste. Autrement dit, dans notre perspective, l'un des enjeux essentiels du *projet* d'institutionnalisation des soins de longue durée repose sur sa capacité à offrir une issue substitutive au fantasme d'immortalité, fantasme considérablement mis à mal par l'épreuve de vulnérabilité dans la dépendance.

À cet égard, il nous semble que l'attention que nous portons aux destins du « travail du féminin » n'est pas sans lien avec les aléas du désinvestissement de ce fantasme d'immortalité et les interrogations qui concernent notre positionnement clinique auprès de sujets hospitalisés et confrontés à la nécessité d'une institutionnalisation des soins de longue durée. Comment, en effet, soutenir une position clinique qui permette au sujet âgé *in care* de supporter la discontinuité inhérente aux changements appelés par le projet d'institutionnalisation, tout en contenant la haine et la destructivité possiblement éveillées par les fantasmes de perte ? Dans quelle mesure la scène du *care* peut-elle étayer des représentations-buts satisfaisant le besoin de continuité du sujet, mais qui ne s'abîment pas pour autant dans le déni de la sexualité et de la mort ? Quels sont les ressorts inconscients d'un désinvestissement du fantasme d'immortalité qui permette d'envisager la mort au sein même de la vie, d'initier le deuil d'un soi immortel relativement délivré de l'angoisse d'anéantissement ?

Nous retrouvons ici la fonction de protection que peut exercer l'angoisse de castration, dont le traitement favorise la reconnaissance de *petites morts en soi* et tient à distance, au moins en partie et pour un temps, la représentation de *soi comme mort* (accessible, rappelons-le, *via* des représentations-écrans qui insistent sur le « caractère occasionnel de la mort », comme le souligne Freud en 1915 dans *Actuelles sur la guerre et sur la mort*). Cette perspective appelle cependant certaines conditions de possibilité car, comme le soutient F. Gantheret, « une problématique de la castration ne peut s'élaborer que si la continuité du support maternel est assurée » (*op. cit.*, p. 18). Toute la difficulté, pour les dispositifs de soins de longue durée, est de réunir les conditions psychiques requises pour que le travail du *care* soit rendu utilisable par le sujet, c'est-à-dire pour que le travail du *care* soutienne le travail psychique du sujet âgé en situation de dépendance – appelé « travail de dépendance » (Racin, 2017) – en assurant la continuité du support maternel à l'intérieur duquel et *sur le soutien duquel* les problématiques de perte et de passivité peuvent être élaborées. Dès lors, en suivant A. Triandafillidis, « le projet serait le substitut du maternel, et plus précisément, le substitut de la continuité du maternel » (1988, p. 276), à condition d'associer à la représentation d'un féminin-maternel, la représentation d'un féminin-érotique qui fait du *projet* et de la scène du *care* un lieu d'investissement sexuel, pulsionnel, conflictuel soutenant l'appétence objectale et l'engagement dans la vie. De ce fait, les préoccupations entourant la question de la préparation à la sortie de l'hôpital ne peuvent s'envisager sans examiner la possibilité, pour

le sujet, d'investir un projet d'institutionnalisation susceptible de s'offrir comme objet substitutif satisfaisant à la fois le besoin de continuité et les revendications pulsionnelles, dans une intrication maintenue des registres autoconservatif et psychosexuel (Verdon, 2012). La solidité, la stabilité et la souplesse de cette intrication nous semblent constituer quelques-uns des enjeux majeurs de cette dynamique du passage, qui met à l'épreuve la qualité de l'équilibre entre processus de liaison et processus de déliaison dans l'anticipation de l'à-venir.

Cette perspective invite à penser l'exercice d'un *care* qui ne se contente pas d'une approche déssexualisée privilégiant les vertus pare-excitantes de la fonction maternelle, pour promouvoir la potentialité du maternel du *care* comme l'aptitude à soutenir, chez le sujet âgé, l'articulation de la mort avec la vie. Il ne s'agit pas, loin s'en faut, de « forcer » l'introduction du sexuel et de la mort dans les interventions relatives au *care*, mais d'entendre combien la scène du *care* constitue en elle-même un « creuset de surchauffe », comme l'exprime J. Cournot (1997) à propos de la situation analytique, et comme le souligne P. Molinier (2011) à propos de la centralité du *sexuel* dans les pratiques de *care*. Cela suppose de reconnaître sa valeur excitante, productrice de fantasmes, contraignant à une élaboration psychique qui dynamise le « travail de dépendance » du sujet âgé *in care* et soutient l'intrication des pulsions de vie et de mort dans une visée érotique. Encore faut-il que l'excitation dont la scène du *care* est dépositaire soit suffisamment contenue par un travail d'élaboration, individuelle et en équipe, au risque sinon que s'élève défensivement le fantasme d'une « tendresse déssexualisée » dans les moments « où l'on souhaiterait que soit mis entre parenthèses un pulsionnel débordant, conflictualisé, ravageur, et que, de part et d'autre, on puisse respirer » (*ibid.*, p. 159). En somme, quitter le pulsionnel pour rejoindre le paradis perdu, la tranquillité d'un monde où régnait le principe de constance, dans l'espoir d'assurer un pare-excitation propice à une renarcissisation, qui n'est pas sans courir le danger d'une extinction pulsionnelle, avoisinant sans nul doute les rivages de la mort. Cette tentation garde ouverte la possibilité d'une aspiration fusionnelle avec l'objet, qui entretient le fantasme d'une transparence partagée dans un en-deçà des mots et de l'altérité. Exit, sinon, les compétences et les savoir-faire discrets co-construits dans les interactions de *care*, attentions quotidiennes menaçant de s'éclipser derrière le fantasme d'un pourvoyeur de *care* omniscient, à qui il suffirait d'être à l'écoute de ce qu'il connaît déjà lui-même.

Fantasme continûment voué à l'échec cependant, tant le besoin de continuité, tout comme les revendications pulsionnelles, assignent immanquablement l'objet chargé de les satisfaire à l'incapacité de le faire, en raison de l'inaptitude caractéristique de la pulsion à obtenir une totale satisfaction, qui fait que l'objet ne peut se constituer et se maintenir que dans le manque, l'écart, l'altérité et la discontinuité. Sur le terrain du *care* où les fantasmes de transparence et de tendresse déssexualisée attisent volontiers la tentation de la complicité rassurante, de l'excès de sentimenta-

lisme, de l'infantilisation du sujet âgé et de l'idéalisation de l'objet pourvoyeur du *care*, que devient la haine qui s'adresse à la radicalité de l'altérité de l'objet dont la redécouverte permanente peut susciter sa négation ? Se pose dès lors la question de la capacité, pour les pourvoyeurs du *care*, à supporter un transfert et un contre-transfert négatifs, par lesquels il s'agit de ne pas trop aimer et être aimé, pour permettre au sujet de « tolérer toute l'étendue de sa propre haine » (Winnicott, 1947).

Conclusion

Prendre au sérieux l'expérience de la dépendance dans le grand vieillissement, c'est prendre ainsi toute la mesure de sa conflictualité inhérente qui lui confère ce caractère « vivant », afin que la psychosexualité ne soit pas mise en veilleuse au profit de l'autoconservation (du point de vue du premier dualisme pulsionnel), afin également que l'excès d'Éros sur la scène du *care* ne nie pas la possibilité de la mort (du point de vue du second dualisme pulsionnel).

Céline Racin

Psychologue clinicienne (Hôpital Sainte-Périne, APHP)

Maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, Faculté de Psychologie, Laboratoire *Subjectivité, Lien social et Modernité* (SuLiSoM – EA3071), université de Strasbourg, 12 rue Goethe FR-67000 Strasbourg

racin@unistra.fr

Benoît Verdon

Psychologue clinicien, psychanalyste

Professeur de psychologie clinique et psychopathologie, Institut de Psychologie, Laboratoire *Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse* (PCPP – EA4056), université de Paris, 71 avenue Édouard-Vaillant, 92100

Boulogne-Billancourt

benoit.verdon@u-paris.fr

BiBLioGrAPhie

- André J. (1995), *Aux origines féminines de la sexualité*. Paris, Presses universitaires de France.
- Bokanowski T. (1997), « La bisexualité en travail dans la cure (À propos du « féminin » chez l'homme) », in A. Fine (dir.), *Bisexualité* (pp. 111-130). Paris, Presses universitaires de France.
- Cournut J. (1997), *Épître aux Œdipiens*. Paris, Presses universitaires de France.
- Ferenczi S. (1921), « Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge », in *Œuvres complètes. Psychanalyse III* (1919-1926) (1974, pp. 150-155). Paris, Payot.

- Freud S. (1915), « Actuelles sur la guerre et la mort », in *Œuvres complètes* (3^e éd. : 2005, vol. XIII (1914-1915), pp. 127-157). Paris, Presses universitaires de France.
- Gantheret F. (1983), « L'impensable maternel et les fondements maternels du penser », in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 28, pp. 7-28.
- Molinier P. (2011), « Le sexuel dans le soin gériatrique. Une "difficulté dans la réalité" », in *Genre, sexualité & société*, 6.
- Racin C. (2017), « De l'hospitalisation à l'institutionnalisation des soins de longue durée dans le grand vieillissement : étude clinique, psychopathologique et projective du "travail de dépendance" » (Thèse de doctorat en psychologie). université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité.
- Schaeffer J. (1997), *Le refus du féminin*. Paris, PuF.
- Triandafillidis A. (1988), « Le projet : symptôme de la normalité ? », in *Psychanalyse à l'Université*, vol. 13, n° 50, pp. 261-279.
- Tronro J.-C. (1993), *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* (2009). Paris, La Découverte.
- Verdon B. (2012), « Jusqu'à la fin, le sein. Subversion dans le consentement au vieillissement. », in F. Marty & V. Estellon (dir.), *Cliniques de l'extrême* (p. 195-212). Paris, Armand Colin.
- Verdon B. (2016), « De l'adversité à l'altérité. Le féminin en travail chez l'homme handicapé qui vieillit », in M. Araneda, A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, R. Salbreux & R. Scelles (dir.), *Naître, grandir, vieillir. Handicap : transitions et remaniements psychiques* (p. 273-286). Toulouse : Éditions Érès.
- Winnicott D.W. (1947), « La haine dans le contre-transfert », in *De la pédiatrie à la psychanalyse* (2^e éd. : 1989, pp. 72-82). Paris, Payot.