

QUELQUES REMARQUES SUR LA SEXUALITÉ DES VIEILLES PERSONNES EN INSTITUTION

PRESENTATION :

Comment se fait-il que nous soyons en difficulté quand nous parlons de sexualité du sujet âgé ?

Formulée ainsi cette question réduit le champ de la discussion. En fait il convient d'aborder trois points, qui sont à la fois liés et distincts :

- Il y a la question de l'intimité.
- Il y a la question de la sexualité en institution.
- Et il y a la question de la sexualité du dément.

Ces questions sont distinctes, car on ne saurait les aborder de la même façon. Cependant elles sont liées, et la meilleure manière de s'en rendre compte est de constater qu'il y a une étrangeté : on vient de les citer dans l'ordre qui semble le plus naturel. Or dans la pratique il faudrait l'inverser :

- Ce qui nous préoccupe le plus, ce qui nous met en difficulté, c'est la sexualité, ou pour mieux dire les comportements érotiques socialement inappropriés du dément.
- En second lieu nous nous posons la question des relations amoureuses entre résidents ; elles nous préoccupent moins, non seulement parce que ces relations entre vieilles personnes sont le plus souvent respectueuses des codes sociaux, non seulement parce que nous sommes plutôt bien disposés à leur égard (on verra que ce n'est pas si simple), mais surtout parce que nous en parlons bien plus souvent que nous n'en voyons.
- Enfin il y a le problème de l'intimité en institution ; mais il nous faut faire un effort pour l'identifier comme un problème, tant il est imbriqué dans la trame de notre pratique professionnelle.

LA SEXUALITE DENIEE :

Je crois que nous ne nous avouons pas assez combien nous sommes en difficulté dans notre relation à la vieille personne. Et quand nous y réfléchissons nous nous arrêtons bien vite à des réponses tout-venant, à des stéréotypes qui servent surtout à nous éviter d'aller y voir de trop près.

L'une de ces réponses en tout cas est sans doute plus importante que les autres : c'est que, justement, ces vieilles personnes. nous nous en occupons. Et ceci pose un double problème, ou pour mieux dire un problème biface :

- Nous n'avons jamais été vieux, et nous ne savons pas de quoi il s'agit.
- Par contre nous le serons.

L'ignorance de l'être-vieux :

Nous n'avons jamais été vieux. Et nous n'avons pas vraiment de mode d'emploi. J'appartiens à une génération où la question de la dépendance ne se posait pas beaucoup, tout simplement parce qu'on mourait avant. L'évolution démographique s'est faite ces cinquante dernières

années : si l'espérance de vie s'allonge régulièrement depuis un peu plus d'un siècle, c'est à cause des immenses progrès réalisés dans la périnatalité, dans la pédiatrie, dans l'infectiologie, et que l'espérance de vie est l'espérance de vie à la naissance. Mais le spectaculaire allongement de l'espérance de vie du sujet âgé, lui, est beaucoup plus récent. Dans les années cinquante, on disait dans les enterrements : « - Quel âge avait-il ? - Soixante-cinq. - Oh, c'est bien ». Maintenant on entend : « - Quel âge avait-il ? - Quatre-vingts. - Tiens, il n'était pas vieux ». On sous-estime la révolution qui s'est produite : autrefois, quand mon père mourait j'avais quarante ans, je devenais chef de famille ; maintenant, quand il meurt j'en ai soixante, je ne deviens chef de rien ; ce qui se déroulait sur trois générations se déroule désormais sur quatre, et cela change tout, car rien n'a été prévu pour cette quatrième génération ; on n'a même pas anticipé le fait qu'une assurance-vieillesse, celle qui a pour but de vous permettre de vivre pendant les trois à cinq années où vous n'avez plus la force de travailler, ne se finance pas de la même manière qu'une retraite qui vous offre trente ans d'« un repos bien mérité ». Bref nous n'avons pas vraiment, pour le grand âge, de modèle que nous ayons intériorisé.

Cela explique une grande partie des difficultés que nous éprouvons pour nous positionner. Vis-à-vis de nos aînés nous avons à assumer une inversion des rôles pour laquelle nous n'avons pas de modèle. Mes parents sont ceux qui s'occupaient de moi, ceux qui me protégeaient. Et voici que j'ai à présent la tâche de m'occuper d'eux, de les protéger. Je ne m'y attendais pas. Je n'ai même pas de repère ethnologique : il est significatif de noter que si l'Ancien Testament connaît l'existence des vieilles personnes :

*Le temps de notre vie ? C'est soixante-dix ans, au mieux :
Quatre-vingts ans pour les plus vigoureux ;
Et leur agitation n'est que peine et misère.
Car le temps passe vite et nous nous envolons.
(Psaume XC)*

Il est plus elliptique sur la prise en charge de la dépendance :

*Écoute ton père, qui t'a donné la vie, et ne méprise pas ta mère devenue âgée.
(Proverbes, XXII)*

Bref nous n'avons pas de guide, et la personne âgée n'en a pas non plus : combien de fois n'avons-nous pas entendu cette vieille dame nous annoncer : « Oh, maintenant ce sont les enfants qui décident » ; et cela laisse l'impression qu'il n'y a pas eu d'élaboration, pas de négociation, pas de débat, pas de combat, mais une simple application de cet étrange verset du Nouveau Testament :

*Quand tu étais plus jeune, tu mettais toi-même ta ceinture et tu allais où tu voulais, mais quand tu seras vieux, tu étendras les bras, un autre nouera ta ceinture et te mènera là où tu n'aimerais pas aller.
(Évangile de Saint Jean, XXI)*

On ne s'étonne plus, du coup, que les soignants se rabattent sur un modèle qu'ils connaissent beaucoup mieux (et ils le connaissent d'autant mieux que, majoritairement, ils sont jeunes) : la prise en soin des enfants. Je veux parler ici des aides-soignantes (car dans la maison de retraite, les aides-soignantes sont le pivot, le corps central, et le reste de l'équipe est à leur service). La toilette, l'aide au repas, l'aide à la continence, à quoi, hélas, par force, se résume

le plus clair de leurs journées, c'est ce qu'elles ont fait pour leurs bébés, et c'est ce modèle qui, à leur corps pas toujours défendant, structure leur action.

Ce qui ne va pas sans quelques étrangetés.

Considérons par exemple ce malade qui ne mange pas. Que me dit-on ? « Il tourne les aliments dans sa bouche, on a l'impression qu'il n'a plus l'idée d'avaler ». Alors on le « passe en mixé », on le nourrit à la cuillère, et si ça ne marche pas on essaie à la seringue. Ce que je répons alors c'est que quand un malade n'avale pas c'est qu'il a peur de le faire, et il a peur parce qu'il sait qu'il lui arrive de faire des fausses routes. La condition absolue pour qu'il se sente en sécurité est qu'il puisse synchroniser le remplissage de sa bouche et sa déglutition, elle est qu'il maîtrise l'ensemble du processus, et qu'il décide lui-même du moment où il avale. Si on veut limiter les fausses routes, la seule solution technique, thérapeutique, rationnelle, est le biberon. Je n'ai jamais réussi à le faire admettre : « Oh, non, c'est trop dégradant ». Mais... la question n'est pas de savoir si c'est dégradant, elle est de savoir si c'est ce que nous devons faire. D'ailleurs, quand on leur met une couche, on ne se pose pas la question de savoir si c'est dégradant... Mais j'oubliais : ce ne sont pas des couches, ce sont des protections ; quand ce ne sont pas des anatomiques (ce qui tout de même vous pose dans un autre registre). Je ne suis pas très sensible à ces nuances de vocabulaire, et je continue à me demander pourquoi on traite différemment l'investissement oral et l'investissement anal ; je sais bien : dans l'oralité c'est moi qui donne, et l'enfant qui refuse de manger refuse ce que je lui donne de mieux, tandis que dans l'analité l'enfant qui me refuse sa crotte refuse ce à quoi je ne tenais pas tant que cela ; je ne suis pas sûr d'épuiser le sujet.

Ce qui demeure c'est que nous ne nous sommes jamais occupés de nos vieux parents alors que nous nous occupons de nos enfants ; c'est que, radicalement, nous n'avons jamais été vieux, nous ne savons pas ce que c'est, alors que nous avons été enfants, nous pouvons en parler (je passe sur le fait que nous pourrions bien, en réalité, avoir beaucoup oublié de notre enfance, dont nous reconstruisons le souvenir à travers le filtre passablement trompeur de notre adolescence ; ce qui importe est que nous *croions* être compétents pour en parler). Donc le modèle de notre prise en charge ce sont les enfants, et on sait bien que les enfants, les bébés, n'ont pas de sexualité.

Sauf que du coup le monde de la maison de retraite devient incompréhensible.

C'est à cause de ce présupposé que la soignante se retrouve en difficulté : elle est en train de faire une toilette, et voici que le vieux monsieur la surprend en manifestant une érection à laquelle elle ne s'attendait pas. Et la voilà choquée : « Le vieux cochon ! ». Mais... Que croyait-elle ? Elle est entrée dans sa chambre ; elle l'a mis nu ; elle a empoigné son sexe ; elle est une femme, plutôt jeune, pas forcément désagréable à regarder... la seule chose étonnante est qu'elle s'étonne de constater que la mécanique, cette mécanique si incontrôlable, même quand elle fonctionne bien, reprenne ses droits.

Ce qui l'a trompée, c'est l'illusion que la vieille personne, parce qu'elle était vieille, n'avait pas de sexualité ; et elle a eu cette illusion parce qu'elle l'a assimilée à ces enfants-qui-n'ont-pas-de-sexualité, alors qu'ils en ont une, alors qu'elle-même en a eu une, mais qu'elle l'a simplement censurée.

Et il serait intéressant de se demander si cette occultation de la sexualité dépend du sexe. Spontanément nous ne considérons pas la question de la même manière chez les hommes et chez les femmes. On voit bien pourquoi :

- Les soignants sont des soignantes.
- La sexualité des hommes se manifeste plus spectaculairement que celle des femmes.
- D'ailleurs tout le monde sait qu'il y a plus de cochons que de cochonnes.
- Etc.

Mais quand on se mettra à regarder la réalité bien en face, on verra sans doute que les choses sont un peu plus compliquées. Et sans valider le moins du monde les inepties dont on nous rebat les oreilles à propos du genre, je serais curieux de savoir comment chacun de nous se prépare à l'accueil en institution de vieilles personnes homosexuelles. Laissons cela : la raison pour laquelle nous ne voyons pas de la même manière la sexualité des vieux et celle des vieilles ne se trouve pas tout entière dans ce que je viens d'expliquer.

La peur d'être vieux :

Nous n'avons jamais été vieux, mais nous le serons. Et c'est là une perspective qui ne nous fait pas plaisir. Nous n'avons aucune envie de penser à notre vieillissement, et c'est pourtant lui que nous contemplons dans le regard posé sur les corps âgés. Il y a une sorte de fascination terrifiée, comme celle qu'on éprouve devant ces peintures de la fin du Moyen-âge qui représentent « les trois âges de la vie » : une jeune fille resplendissante, une femme d'âge mûr, une vieille déjà squelettique (de la même manière peut-être, une part de nos réactions devant les déments s'origine en fait dans la terreur fantasmatique d'une possible contamination par l'Alien-Alzheimer).

Dans toute relation interpersonnelle on met en œuvre des mécanismes d'identification, plus ou moins intenses, plus ou moins complexes, plus ou moins paradoxaux, mais sans lesquels il n'est pas de rencontre possible. Et on sait quels problèmes cela pose dans la relation de soin. La *doxa* recommande de lutter contre ces mécanismes, ce qui n'a aucun sens car c'est tout simplement impossible. Il vaut bien mieux en prendre conscience, écouter ce qu'ils nous disent et faire avec en toute lucidité. Mais le plus souvent on cherche (vainement) à se protéger par diverses techniques de mise à distance. Bien entendu l'infantilisation dont nous venons de parler est l'une de ces techniques, et très puissante. Mais on peut en citer d'autres.

C'est le cas par exemple du tutoiement. On a beaucoup écrit ces dernières années sur le sujet, et je l'ai fait moi-même. Mais on a surtout écrit des simplismes. Car si on veut parler du tutoiement avec un minimum de bon sens, on constate rapidement qu'il existe une foule de situations où il est rationnel de tutoyer les résidents. Allons plus loin : la vieille dame démente qui, dans sa régression, se croit revenue à son enfance, ne comprendrait pas qu'on la vouvoie : on ne vouvoie pas un enfant. Il y a même des situations où on n'a aucune solution. Je me souviens de cette patiente, jeune, qui avait une maladie d'Alzheimer *stricto sensu*, et qu'on m'avait demandé d'admettre en institution. J'ai refusé de le faire parce que problème était que cette patiente était une ancienne aide-soignante de l'établissement ; et j'ai dû revenir sur ce refus devant la levée de boucliers des aides-soignantes : on ne va tout de même pas abandonner notre copine. Soit. Mais comment va-t-on l'appeler ? Tout le monde l'avait toujours appelée Thérèse... Seulement, voilà : si on la tutoyait on la mettait à part, ce qui avait des conséquences sur la prise en charge des autres résidents : aussitôt elle se mettait à faire des soins... Mais si on ne la tutoyait pas elle ne comprenait pas ce qui se passait. En fait la seule issue était, comme je l'aurais souhaité, de la refuser. Même quand je pense aux

difficultés que nous avons dû affronter je ne regrette pas de m'être fait forcer la main ; mais le problème n'en était pas moins réel. En fait, sur cette question du tutoiement, il faut se demander contre quoi on se bat. Il y a des tutoiements logiques, nécessaires. Mais ce sont alors des actes de soin, qui supposent une réflexion d'équipe, une décision d'équipe, une évaluation en équipe. Et pour parvenir à cette liberté je crois indispensable de passer par la case zéro tutoiement, seule manière d'éradiquer ces tutoiements réflexes qui correspondent à un désir inconscient de nivellement, de surplombement : dans ma génération on tutoyait les enfants, mais pas les adultes.

Je crois que le mécanisme le plus puissant reste celui de la médicalisation.

On sait que le *must* de nos jours est de mettre son vieux parent, non dans une maison de retraite mais dans une maison de retraite médicalisée. Alors même que je défie quiconque de me trouver le texte réglementaire définissant ce qui fait le caractère médicalisé d'une maison de retraite par rapport à une autre qui ne le serait pas. Qu'est-ce qui se dit là ? Simplement ceci : que si mon parent doit aller en maison de retraite, ce n'est pas parce qu'il est vieux, c'est parce qu'il est malade. Et c'est parfaitement vrai : le clivage entre maladie et dépendance (comme si la maladie n'était pas la première cause de dépendance) est une aberration, d'ailleurs bien française, dont la seule motivation est purement comptable. Mais il y a pour dire cela une autre motivation. Car si mon parent est dans cet état c'est à cause de la maladie ; or si je ne peux guère espérer échapper à la vieillesse il se peut tout à fait que j'échappe à la maladie. Il m'est donc moins inquiétant de m'occuper de malades que de m'occuper de vieux. C'est pourquoi la maison de retraite ressemble de plus en plus à un service hospitalier. Et c'est pourquoi j'ai une blouse.

Au fait, pourquoi mettons-nous une blouse ?

La réponse paraît aller de soi : parce que nous faisons un métier salissant, et parce qu'il faut pouvoir distinguer facilement entre les vêtements de l'extérieur, potentiellement souillés, et ceux de l'intérieur, garantis propres. Mais il n'est pas très difficile de voir que cette explication n'a pas de sens : on pourrait aisément prévoir des vêtements de travail qui soient strictement civils (et si la Direction en propose, on trouvera peu de soignants pour travailler avec leurs propres vêtements ; d'ailleurs cela se fait dans un certain nombre d'établissements).

Mais... pourquoi parlons-nous de *vêtements civils* ? Du coup, notre tenue est un uniforme. Et il faut nous demander quelle est la fonction de l'uniforme.

Dès qu'on pense à l'uniforme, l'idée qui vient est que c'est une invention de l'armée ; et on comprend pourquoi : sur le champ de bataille, il vaut mieux pouvoir reconnaître d'un simple coup d'œil les amis des ennemis. Mais les choses sont sans doute plus compliquées, et l'uniforme est aussi une invention du clergé (la Bible décrit très précisément comment les prêtres doivent se vêtir) ; en tout cas il s'agit là aussi de faire porter des vêtements à part à ceux qui se mettent à part. Et très rapidement l'uniforme sera utilisé pour signifier l'appartenance : à une armée, à un clergé, mais aussi à une région (c'est le costume traditionnel), ou à un métier ; on sait par exemple que le bleu était la couleur des serviteurs, et c'est pourquoi encore aujourd'hui on se met en bleu de travail, et c'est pourquoi, dans mon atelier, ma blouse est bleue. L'uniforme est ce qui permet de se repérer, c'est aussi, c'est surtout ce qui permet de repérer à qui on a affaire.

Mais on voit aussitôt que l'uniforme montre autant qu'il dissimule : il montre *ce que* je suis, mais en même temps il cache *qui* je suis. Ce que l'uniforme montre c'est ma *fonction*. C'est d'ailleurs bien ainsi qu'on s'en sert ; j'en ai pris conscience pour la première fois dans un service de réanimation où la blouse des médecins étaient d'une couleur, celle des infirmières d'une autre, celle des aides-soignantes d'une troisième, et le chef de service avait une couleur à part. Dans un service où la rapidité compte plus que tout, cela permettait de repérer au premier coup d'œil le type de personne dont on avait besoin. Bref l'uniforme montre une fonction ; et celui qui remplit une fonction est un fonctionnaire. Or l'une des règles fondatrices de la fonction publique est que le fonctionnaire, dans l'exercice de ses fonctions, n'est plus un sujet ; il disparaît derrière sa fonction, ce qui vise à garantir que tous les usagers de la fonction publique seront traités de la même manière quel que soit le préposé. C'est pourquoi le fonctionnaire n'avait pas de nom : sur la casquette du contrôleur, sur la vareuse du policier, on ne voit qu'un numéro (et c'est bien sur ce numéro que celui-à-qui-on-ne-la-fait-pas se rabat avec gourmandise quand il jette au fonctionnaire que *ça va barder pour son matricule*).

Ce qui nous donne notre position de soignants, au fond, c'est la blouse et le salariat. Le monde du travail est fait d'artisans et de salariés. L'artisan ne vend pas son temps, il vend son œuvre, et on ne lui demande pas combien de temps il a mis pour la faire. Par contre le salarié vend du temps. En échange d'un salaire le salarié met son temps à la disposition du patron, qui peut en somme lui demander ce qu'il veut, avec deux exceptions : il ne peut toucher ni à l'intégrité corporelle du salarié ni à sa vie privée. Le contrat de travail est ce qui protège le salarié contre toute atteinte à son intimité. Mais il suffit de remarquer cela pour nous trouver en difficulté : car nous n'imaginons pas exercer notre métier sans donner de nous-mêmes, sans nous impliquer, sans nous mettre en question, alors que notre statut de salarié vise, précisément, à interdire à notre employeur de nous demander cela ; la dernière chose qu'on puisse proposer à un salarié, c'est un groupe de parole. Ce qu'on voit ici c'est que le travail de soignant échappe à la notion de salariat. C'est bien ce qui fait que dans les manifestations elles revendiquent « d'être reconnues ». Sans méconnaître qu'il est plus *politically correct* de demander une reconnaissance qu'une augmentation, il se dit là quelque chose d'essentiel : il n'y a pas là qu'une affaire d'argent.

Et la blouse nous pose le même problème : car elle nous uniformise, elle fait de nous, professionnellement un corps plus ou moins mystique dans lequel nous sommes plus ou moins indistincts, et protégés par cette indistinction, face à laquelle les familles sont contraintes de se présenter en ordre dispersé. La blouse est une manifestation de puissance. Mais elle a un prix : comme tout uniforme la blouse est ce qui garantit que le patient sera traité de la même manière quel que soit l'agent qui s'en occupe ; elle indique que les agents sont permutables. Mais qu'en est-il de la personnalisation des soins ? Qui de nous est prêt à accepter l'idée que sa relation personnelle avec tel ou tel résident n'est fondamentale ni pour l'un ni pour l'autre ? Ici s'ouvre une faille béante dont il ne sert à rien de nier l'importance, encore moins l'existence. Nous avons tous appris que la distance thérapeutique nous interdit de nous impliquer dans le soin, et nous savons tous qu'une telle prescription est à la fois indispensable, illusoire et malsaine ; et nous ne savons pas nous désengager de cette contradiction : la personnalisation du soin n'est pas compatible avec l'impersonnalité du soignant.

Faut-il envisager de supprimer les blouses ? Probablement, oui, et surtout en maison de retraite. Et je connais des lieux où cela a été fait. Mais il faut être prudent, et considérer au moins deux points.

Le premier est que dans les établissements qui ont renoncé à la blouse, le changement d'attitude des professionnels a été spectaculaire ; reste à savoir ce qui a causé ce changement : ce n'est pas n'importe où que cette décision a été prise, et ce ne sont donc pas n'importe quels soignants ; d'autre part il suffit souvent d'une décision symbolique un peu forte pour changer les attitudes ; c'est le cas quand on décide par exemple de frapper avant d'entrer dans une chambre (il faut le faire), ou de parler de client (c'est beaucoup moins utile) ; enfin le plus souvent le changement obtenu n'est que temporaire et superficiel, c'est un changement illusoire, et il suffit de revenir quelques mois après pour s'apercevoir que rien n'a réellement évolué.

Le second et qu'il faut se demander ce qu'on fait quand on veut effacer ainsi la distinction entre professionnel et résident. Certes, il faut réduire cette distinction à ce qui est strictement nécessaire ; certes il importe que le résident se sente chez lui. A condition, ce faisant, de ne pas s'imaginer qu'on va y parvenir ; car s'il est une chose évidente, c'est que le résident est là parce qu'il ne peut pas faire autrement, alors que le professionnel est là parce qu'on le paie, et que le soir il rentre chez lui, de sorte que le projet de dénier la différence entre les deux relève de l'escroquerie ; et si le résident est réellement chez lui dans ce lieu il y est venu la mort dans l'âme. Et les choses sont pires avec le dément. Que s' imagine-t-on faire quand on veut le faire vivre dans un lieu qui est comme chez lui alors que la seule chose dont il se souvienne, la seule qu'il ne risque pas d'oublier, c'est précisément qu'il n'est pas chez lui ? Dans quel monde dépersonnalisant, dans quel monde de cauchemar le faisons-nous vivre ainsi ? On ne se pose guère la question ; tout comme, pour limiter le risque de fugue, on a coutume de masquer les portes avec des décorations, des miroirs... en oubliant peut-être de se demander ce que cela peut faire à quelqu'un de se trouver ainsi dans une pièce sans porte.

N'insistons pas ; souvenons-nous seulement que la blouse est avant tout une armure, un moyen d'éluder une partie de la relation. Mais... Quel rapport avec la sexualité ? J'ai la certitude de ne pas savoir parler correctement de cette question. Mais il y a deux ou trois choses que je sais. Et notamment que la relation médicale est très fortement sexualisée. Elle l'est au sens où Michel Foucault disait qu'on n'a jamais autant parlé de sexe qu'au XIX^e siècle, époque où on n'en parlait pas ; il voulait dire par là que le silence dont on entourait les choses du sexe était si assourdissant qu'il occupait tout l'espace.

Le médecin dispose de privilèges exorbitants. Par exemple il est autorisé à exercer sur le malade une violence physique : rechercher des douleurs, faire des piqûres, ouvrir des ventres, etc. La contrepartie de ce droit (et de cette exclusivité) est qu'il ne peut l'exercer que sous de sévères conditions, et qu'il le fait sous le contrôle, implicite mais réel, de l'instance judiciaire. De même le cabinet médical est un lieu où on se dévêt, où on touche le corps nu de l'autre. Mais pour que je puisse le faire il faut qu'il soit bien entendu que *je ne suis pas un homme*. Il est impératif que le cabinet médical soit un lieu où la question de la sexualité ne se pose pas, un lieu où certaines choses ne se produiront en aucun cas. Sauf que c'est une pure fiction, et cela pour deux raisons.

La première est que les choses se produisent.

Il y a des lieux où la sexualité est tabou, parce que c'est une condition absolue de leur existence. C'est le cas de l'école. On ne peut imaginer de confier des enfants à des adultes qui ne respecteraient pas ce tabou.

C'est très simple, n'est-ce pas ?

En 1968 il y a eu l'affaire Gabrielle Russier. C'était une agrégée de lettres qui était tombée amoureuse d'un de ses élèves ; elle avait 31 ans, il en avait 16. Poursuivie, jugée, condamnée, elle se suicidera un an plus tard. Nous n'avons aucune raison de douter qu'il se soit agi d'une authentique histoire d'amour. Mais peut-on transiger avec le tabou qui fait que, *par nature*, toute relation amoureuse est exclue dans la relation d'enseignement ? Mais comment peut-on penser à interdire une relation qui partout ailleurs serait, certes problématique, mais envisageable ? On se trouve contraint de garder en mémoire la conclusion qu'en fit le Président Pompidou citant Éluard qui parlait des femmes tondues à la Libération :

*Comprenne qui voudra
Moi mon remords ce fut
La malheureuse qui resta
Sur le pavé
La victime raisonnable
À la robe déchirée
Au regard d'enfant perdue
Découronnée défigurée
Celle qui ressemble aux morts
Qui sont morts pour être aimés*

Mais nous sommes aussi contraints d'admettre que le problème vient du fait que nous avons affaire à un tabou, et qu'un tabou qui n'est pas un absolu cesse d'être un tabou. Ajoutons que c'est le propre d'un tabou que de n'avoir aucune justification : un tabou est tabou parce qu'il est tabou, un tabou qu'on pourrait expliquer n'est rien d'autre qu'un règlement. Et ajoutons encore, comme si cela ne suffisait pas, que si le tabou est aussi absolu, aussi massif, aussi inattaquable, c'est à cause de ce qui se passerait s'il ne l'était pas : l'absolu du tabou répond à l'absolu du désir qu'on a de le transgresser. Il en va des tabous comme des cauchemars : le plus terrible dans le cauchemar c'est la tentation que nous pourrions avoir de céder à ces horreurs.

La répugnance :

On ne fait guère preuve d'originalité en disant que l'exemple de tabou est celui de l'inceste.

Le constat est sans appel : toutes les civilisations ou presque s'accordent pour condamner l'inceste comme une des fautes les plus graves. Il est plus difficile de comprendre pourquoi cette condamnation est aussi universelle.

L'explication freudienne ne tient pas du tout la route, et ceci parce que le complexe d'Œdipe, tel qu'il est décrit, ne tient pas la route : Œdipe tue son père et épouse sa mère ; soit (on note qu'il est visiblement moins grave de tuer son père que d'épouser sa mère). Mais ce que Freud nous dit c'est que le petit garçon se met à désirer sa mère ; c'est pour épouser sa mère qu'il en vient à vouloir tuer son père, ce à quoi le père réagit par une menace de castration. Et ce que le mythe nous dit, c'est le contraire : ce n'est pas *pour* épouser sa mère qu'il tue son père, c'est *parce qu'il* a tué son père que sa mère devient épousable. Et pourquoi tue-t-il son père et épouse-t-il sa mère ? Simplement parce qu'il ne les connaît pas. Et il ne les connaît pas parce qu'ils l'ont rejeté, et mutilé : Œdipe signifie *pieds percés*, et on ne prend guère de risques en disant que ce n'était pas les pieds : les pieds sont une image du sexe, c'est pourquoi on nous

casse les pieds, c'est pourquoi on prend son pied (et du coup Œdipe est boiteux, à l'instar de ces figures qui ont eu accès à l'indicible, comme Héphaïstos, comme Ulysse, comme dans la Bible Jacob, et même, d'après une tradition talmudique, Jésus). En d'autres termes le schéma freudien ; désir/meurtre/castration est exactement le contraire de ce que dit le mythe, pour lequel la séquence est castration/meurtre/désir. Et si les parents rejettent leur enfant c'est parce qu'*on leur a dit* qu'il allait tuer son père et épouser sa mère. En d'autres termes le complexe d'Œdipe, s'il existe, est une pure réaction à un comportement des parents. D'ailleurs le mythe rappelle que si Œdipe tue son père c'est parce que ce dernier a essayé de le tuer, et que certes il épouse sa mère mais que cette dernière en a été follement amoureuse.

L'explication par la génétique est tout aussi suspecte : le tabou de l'inceste sert à protéger contre les risques de la consanguinité. On sait bien que la consanguinité augmente le risque de voir l'enfant, né de deux parents porteurs sains de la même tare génétique, de développer une maladie. C'est vrai mais... la génétique n'est pas qu'une affaire de tares. Et je n'ai jamais entendu dire que s'il y avait un gène du génie l'enfant né de deux parents porteurs non géniaux du gène du génie aurait toute chance de devenir un génie. Je ne sais pas ce qu'il en serait en réalité, mais je sais qu'on n'en parle pas.

L'explication ethnologique est plus convaincante : le monde du foyer, ou du clan, est celui du travail, de la survie, des activités matérielles ; il n'est pas bon d'y laisser s'introduire la sexualité, facteur de gaspillage, de distraction, de conflit. Je ne suis pas du tout sûr que cela suffise (notamment parce que les comportements des ethnies oscille entre exogamie et endogamie), mais nous avons bien peu d'autres solutions.

Quoi qu'il en soit le tabou de l'inceste est quasi universel. Mais le problème est le même que pour le tabou de la sexualité à l'école (qui n'en est sans doute qu'une variante : le professeur est une figure parentale) : on peut bien poser le tabou, cela fait-il qu'on ne peut pas imaginer la survenue de certaines choses ? Qu'est-ce qui ferait qu'en aucun cas il ne puisse se produire qu'un père et une fille, une tante et son neveu, tombent réellement amoureux l'un de l'autre ? et si nous évitons la double erreur, d'une part de croire que l'inceste ne concernerait qu'un adulte et un enfant, d'autre part de croire qu'il se résumerait toujours à une pulsion génésique excluant toute véritable histoire d'amour, si nous envisageons l'inceste de deux adultes consentants, qu'est-ce qui pourrait faire que cela n'arrive jamais ? D'ailleurs, à quoi bon un tabou que personne ne songerait à violer ? Pire : si le tabou de l'inceste est universel, sa définition ne l'est pas : on sait qu'au Moyen-âge la liste des unions interdites était beaucoup plus longue que de nos jours ; ceci étant plus que compensé par le fait qu'il y avait des dispenses, ce qui fait que l'Église médiévale a béni des mariages qui nous feraient froid dans le dos ; bref que la réglementation de l'inceste est aussi, et peut-être d'abord, non point un phénomène naturel, mais une construction sociale.

On voit que la question de l'inceste (pourquoi parler de l'inceste à propos des maisons de retraite ? simplement parce que quand nous envisageons les personnes dont nous avons la charge, nous parlons imprudemment de *nos aînés*) est plus compliquée que nous ne l'aurions cru. Ce qui n'est peut-être pas compliqué, c'est de nous demander ce que nous ressentons quand nous pensons à l'inceste. Non pas ce que nous pensons, mais ce que nous sentons. Et ce que nous sentons est essentiellement une invincible *répugnance*.

La répugnance est un de ces sentiments très importants qui nous emmènent bien plus loin que nous ne pensons. À une époque j'avais pensé que ces sentiments pouvaient être appelés des

sentiments métaphysiques, je crois que je ne le dirais plus à présent, mais il y a quelque chose de cet ordre. Je connais quatre sentiments métaphysiques :

- L'ennui : quand je m'ennuie, je fais une expérience fondamentale, celle du temps qui s'écoule et de ma place dans cet écoulement ; c'est pourquoi il faut laisser les enfants s'ennuyer (un peu).

- L'étonnement : quand je m'étonne, je me demande pourquoi les choses sont comme elles sont, et je m'aperçois qu'elles pourraient tout à fait être différentes, voire ne pas être du tout.

- L'agacement : quand quelque chose m'agace, cela veut dire que je suis en train de me tromper, que je ne veux voir qu'une partie des choses ; je m'agace quand je veux que les choses soient ce que je veux qu'elles soient, et non ce qu'elles sont. Je suis très fier d'une parole qui m'a échappé un jour : une aide-soignante me disait qu'elle soupçonnait un résident d'abuser de sa bienveillance ; j'ai répondu sans que j'y aie même réfléchi : « Quand le parkinsonien vous agace, c'est que vraiment il va très mal ».

- La répugnance : c'est celui qui nous occupe. Ce que la répugnance signale, c'est une situation où nous sommes tentés, mais où cette tentation nous effraie ; et ce qui nous effraie ce n'est pas ce qui se passerait si nous y céditions, c'est le fait de désirer, c'est l'idée de ce que nous sommes quand nous désirons ; c'est la lutte que nous devons mener pour ne pas nous laisser aller à ce que pourtant nous ne voulons pas. La répugnance c'est ce que nous éprouvons à l'idée de mâcher de la laine (la répugnance est d'ailleurs très liée à l'oralité, mais passons).

Je ne saurais trop conseiller d'observer les situations de soins dans lesquelles il vous arrive d'éprouver de la répugnance : c'est un signal particulièrement précis et performant. Et qui a beaucoup à voir avec le tabou, ou avec le cauchemar : la répugnance est le signe qu'un désir rôde.

Allons plus loin : cette répugnance est encore la même que celle que nous éprouvons quand nous pensons à la sexualité de nos parents. Nous n'aimons pas penser à la sexualité de nos parents, nous n'aimons pas l'idée que nos parents puissent avoir une sexualité, l'hypothétique *scène primitive* nous répugne, elle nous attire autant qu'elle nous repousse. C'est Flaubert qui la décrit le mieux, cette mise sous le boisseau de la sexualité des parents. Dans la Légende de Saint Julien l'Hospitalier on trouve ce portrait de la mère du saint : *Elle était très blanche, un peu fière et sérieuse. Les cornes de son hennin frôlaient le linteau des portes ; la queue de sa robe de drap traînait de trois pas derrière elle. Son domestique était réglé comme l'intérieur d'un monastère ; chaque matin elle distribuait la besogne à ses servantes, surveillait les confitures et les onguents, filait à la quenouille ou brodait des nappes d'autel. A force de prier Dieu, il lui vint un fils.* Et si nous n'aimons pas l'idée que les vieilles personnes aient une sexualité, c'est parce que, du moins quand nous ne les considérons pas comme nos enfants, nous avons tendance à les considérer comme nos parents.

Sexualité et soin :

On peut dire de la relation de soins ce qu'on disait de l'inceste. Notamment j'ai indiqué que l'une des explications du tabou de l'inceste est qu'il faut éviter de contaminer le monde du travail quotidien avec des éléments porteurs de désordre. Il en va de même pour le cabinet médical qui ne peut fonctionner qu'en étant un lieu étanche à toute sexualité ; et que dans le même temps il ne peut pas l'être. Le problème est qu'on a beau mettre la sexualité à la porte, la réalité humaine ne le permet pas si bien que cela.

La seconde raison est celle de Foucault : par le mouvement même qu'on fait pour mettre le sexe sous le tapis, on le rend omniprésent. Bien sûr cela se gère, bien sûr au quotidien cela ne

pose pas problème. Reste qu'on observe d'étranges choses quand on regarde la plus ou moins grande prestesse avec laquelle une femme se rhabille après un examen gynécologique, ou la plus ou moins grande lenteur avec laquelle le médecin détourne son regard. Alors on peut toujours nier la dimension érotique du soin. Cela n'aboutit qu'à nous rendre incapables d'expliquer ce qui parfois se passe, et à nous trouver décontenancés quand, sans qu'on s'y attende, *ça* se met à parler.

Il ne faut pas chercher plus loin, peut-être, l'ambiguïté de la blouse de l'infirmière. La blouse de l'infirmière est un signal, celui qui met en évidence que nous sommes dans une relation de soin, une relation technique, une relation pour les besoins de la cause, et qui s'en tiendra strictement là. Le blanc est celui de l'innocence, de la pureté virginale. Mais le fantasme classique de l'infirmière qui sous sa blouse ne porte que ses sous-vêtements dit *aussi* quelque chose de la situation. Les salles de garde ne sont pas là pour rien. Libre à nous de ne pas en être conscients.

Concluons sur ce point. Nous prétendons évacuer la sexualité de notre relation de soin, et ce n'est pas sans raison : il faut qu'elle se tienne à distance. Mais quand nous disons que la relation de soin est déssexualisée *par nature*, nous oublions que cette déssexualisation ne fonctionne qu'au prix d'un effort permanent : c'est un tabou, et un tabou, cela coûte.

Toujours est-il que, par divers procédés, nous prétendons que les vieilles personnes n'ont pas de sexualité, ce qui est tout simplement absurde. C'est même *radicalement* absurde, car on ne peut pas ne pas avoir de sexualité : quand on dit que les prêtres ne connaissent rien à la sexualité on se trompe : les prêtres ont une sexualité, car du fait même qu'ils refusent (pas tous) d'avoir une pratique sexuelle ils en ont une ; la seule chose est qu'elle ne les prépare pas à s'occuper de celle des autres.

Avec tout cela nous ne savons toujours pas pourquoi nous avons cette répugnance à imaginer une sexualité des personnes âgées. Nous entrevoyons à quoi cela nous sert, car la sexualité est ce qui nous permet de diviser le monde en trois :

- Les enfants, qui n'ont pas encore de sexualité.
- Les vieillards, qui n'en ont plus.
- Les adultes, qui seuls ont ce privilège.

Il faut peser les mots : il y a donc les enfants, les adultes et les vieillards ; ce qui fait conclure que les vieillards ne sont plus des adultes, comme on peut le voir en lisant les cours de médecine : on décrit d'abord la pneumonie de l'adulte sain, puis les formes de l'enfant, puis les formes du vieillard *et du taré*. Et ce qui fait la séparation en trois classes, c'est la sexualité. Sauf que les enfants ont une sexualité, et les vieillards aussi. L'âge ne fait rien à la chose, et plutôt que de s'imaginer que l'âge n'a pas d'amour il vaudrait mieux se souvenir que l'amour n'a pas d'âge.

Mais on espère bien au moins que cette sexualité n'est pas comparable à celle de l'adulte normal.

Eh bien ce n'est pas sûr.

On voit bien que la mécanique n'est pas aussi performante qu'il y a trente ou quarante ans ; elle ressemble à cette voiture, qui tourne toujours très bien, mais dont on ne peut se cacher que c'est devenu une voiture d'occasion. On voit bien aussi que les *besoins* sexuels

diminuent, et que si on doit passer un temps relativement long sans rapport sexuel, cela ne pose pas problème. Mais on voit bien aussi que le regard, lui n'a pas changé, et qu'une femme séduisante reste tout aussi séduisante qu'avant. Et que le désir, lui, est toujours là. Au fond ce qui a changé, ce n'est pas le regard du sujet, c'est celui des autres : lui, il désire toujours de la même façon ; mais il a des raisons de penser que les jeunes filles le désirent moins que quand il avait vingt ans, ce qui lui impose une certaine prudence ; ce qui permet aussi de découvrir la puissance de séduction de femmes de cinquante ou soixante ans, mais passons. Il demeure que probablement un adulte de quatre-vingts ans n'a pas de raison d'avoir une sexualité fondamentalement différente de celle d'un sujet jeune.

Mais cette sexualité est déniée. Elle l'est à l'hôpital, elle l'est en institution, elle l'est socialement. Car si la sexualité évolue comme elle le fait, c'est, je l'ai dit, partiellement au moins à cause du regard des autres, ce qui est un élément tout ce qu'il y a de plus social. C'est aussi la pression sociale (on en parle suffisamment dans le poste en ce moment) qui enjoint au jeune d'avoir une sexualité plus ou moins anarchique (injonction dont il souffre), étant entendu que la bienséance impose que cette frénésie s'apaise avec le temps jusqu'à disparaître. C'est cette fable sociale qui explique le mythe du « vieux cochon ». Le vieux cochon n'existe pas, il n'y a que des messieurs âgés qui ont une sexualité à laquelle nous n'avions pas pensé. Oui, mais il court après les jeunes femmes. Certes, et j'en vois bien les inconvénients, mais cela ne doit pas nous faire oublier un détail : les jeunes femmes sont souvent plus séduisantes que les femmes âgées ; et les jeunes hommes plus que les vieux.

La manifestation la plus spectaculaire de cette répression sociale est l'histoire du traitement de la ménopause.

On sait que la ménopause est maintenant considérée à juste titre comme une source majeure d'infirmités (aggravation du risque cardio-vasculaire, fracture du col du fémur). Il est donc devenu évident que la ménopause doit être traitée.

Mais comment ? Contrairement à ce qu'on a dit, le meilleur traitement est hormonal. Je n'ai pas oublié les discussions d'il y a une dizaine d'années sur le risque de cancer. Mais cette discussion était un tissu de mensonges, et d'ailleurs on s'est bien gardé de la conclure. La vérité, désormais largement occultée, est que le traitement hormonal de la ménopause, quand on le pratique avec les médicaments utilisés en France (car les anglo-saxons ont une stratégie différente), a pour résultat d'éviter plus de cancers qu'il n'en provoque. Et je maintiens qu'il doit être envisagé de manière systématique.

La question qui alors est posée aux médecins est de savoir combien de temps on doit traiter la ménopause ; l'accord se fait sur 5 à 7 ans. Mais quelle est la justification de cette durée ? Le problème du traitement hormonal est qu'il ralentit l'essentiel du processus de vieillissement chez la femme, qui voit en quelque sorte sa jeunesse se prolonger. Rien, biologiquement, ne s'oppose à l'idée de traiter indéfiniment. Ce qui gêne ici, c'est peut-être le vertige qui prend à l'idée que les hommes auraient inventé l'eau de jouvence, *et que seules les femmes en profiteraient*. Toujours est-il qu'il faut tenir compte d'une nouveauté inattendue : contrairement à ce qui a toujours été les hommes se mettent à vieillir plus vite que les femmes.

Tout cela dit, tout bien pesé, tout compte fait, je ne connais pas de raison médicale au fait qu'on ne généralise pas le traitement hormonal de la ménopause. La seule raison que je trouve est que, tout de même, l'unique solution socialement acceptable est que les meilleures choses

ont une fin. Et cela ne me va pas. Et cela montre de manière éclatante la massivité du processus de répression.

Un point pour finir.

Non seulement notre attitude vis-à-vis de la sexualité des vieilles personnes est calquée sur les déterminations sociales dominantes, mais nous l'avons tellement intériorisée que nous en sommes venus à en faire notre affaire, nous en rajoutons, nous sommes devenus des collabos de la répression sexuelle.

Je me souviens d'avoir été appelé au téléphone, un jour où j'étais absent, par une de mes infirmières. Elle avait découvert que l'un des résidents parcourait les chambres et se livrait à des attouchements non consentis sur des vieilles dames. Elle me demandait de prescrire « un traitement pour le calmer ». Comme si ça existait, mais peu importe. Elle me demandait l'autorisation sinon de le confiner dans certaines parties de l'unité, et de le garder sous surveillance. Ce qu'elle disait c'est qu'il appartenait à l'équipe de régler la question. En somme le comportement d'un évêque découvrant une affaire de pédophilie dans son diocèse.

Quand je suis rentré, j'ai expliqué que la maison de retraite n'est pas une zone de non-droit, où une police privée pourrait rendre une sorte de justice privée ; que la République exerçait ses droits sur tout le territoire, que le comportement de ce patient était délictueux, et que notre rôle de soignants n'était pas de pratiquer une sorte d'*omertà*. Je me suis donc rendu à la gendarmerie, où j'ai exposé mon affaire. On m'a écouté avec un brin de stupéfaction et je suis sorti avec l'intime conviction qu'ils m'avaient pris pour un hurluberlu. Je ne m'en suis pas tenu là, et j'ai appelé le Procureur. Ce dernier a parfaitement compris ce que je voulais, il a fait convoquer (par les gendarmes...) le résident indélicat, qui bien sûr s'en est sorti avec un rappel à la loi, ce qui a clos l'incident. Il y a peu de choses dans ma vie dont je suis fier, mais celle-là, si.

LA SEXUALITE DES VIEILLES PERSONNES :

Il serait juste de dire que si nous ne parlions de ce problème que quand nous le rencontrons, nous n'en parlerions pas souvent. Nous avons tous entendu parler de mariages en maison de retraite, ou de ces vieilles personnes qui à un âge plus ou moins avancé conservent une sexualité florissante. Mais nous ne les avons pas vus de nos yeux : un mariage en maison de retraite, cela fait un reportage sur FR 3 ; la verte vieillesse d'un nonagénaire, cela fait une heure sur France Culture. Et si on parle de Jane Fonda, c'est tout de même bien comme d'une exception (soit dit en passant il est curieux de constater que nous nous préoccupons tant d'un phénomène que nous faisons tout pour ne pas voir).

Il y a de multiples raisons, toutes très évidentes, pour lesquelles cette problématique est peu fréquente. Par exemple le fait que la démence est une cause majeure d'institutionnalisation, de sorte que la majorité des cas relève de ce que nous traiterons en troisième partie. Il y a aussi le fait que la quasi-totalité des autres sont venus en institution parce qu'ils sont trop dépendants, et que la dépendance accapare une bonne part de la disponibilité psychique. Ou encore il y a le fait que, et probablement pour longtemps encore, les hommes y sont une denrée assez rare. Mais il nous faut nous méfier : les mécanismes que nous avons étudiés dans la première partie sont très puissants, et ils influent sur notre vision des choses : on ne voit que ce qu'on est prêt à accepter de voir, et il se pourrait bien que si nous ne voyons pas de questionnement sexuel

chez nos résidents ce soit d'abord parce que nous ne nous posons pas la question : notre clairvoyance est probablement érodée par la contrainte sociale.

La contrainte sociale agit sur nous, professionnels. Mais elle agit, et bien plus encore, sur les résidents. On peut en citer deux formes évidentes :

- Une forme culturelle : cette génération a vécu sur un modèle où la vie sexuelle du sujet âgé était encore plus inhibée, réprouvée, que dans la nôtre, et elles auraient probablement un peu de mal, n'ayant pas participé à la libération sexuelle des années 70, à remettre en question un modèle aussi prégnant (méfions-nous cependant : si nous entrons dans les chambres à coucher des très vieux couples, nous pourrions bien avoir quelques surprises).
- Une forme institutionnelle : le monde de la maison de retraite est petit, clos, un peu comme une île, et il y est bien difficile d'échapper au regard de l'autre (ce d'autant plus que, précisément, pour des raisons d'ailleurs compréhensibles de sécurité, l'architecture est conçue pour faciliter la surveillance).

Bref il est très probable que la question de la sexualité en institution ne se pose pas fréquemment. Mais il est très probable aussi :

- Que le plus souvent quand elle se pose nous ne la voyons pas.
- Que la répression sociale contribue à la rareté du phénomène.
- Mais qu'il existe de fort bonnes et impérieuses raisons pour que l'institution exerce un contrôle social.
- Et que si nous mettions un terme à cette répression il se passerait moins de choses que nous ne pensons.

Il faudrait aussi savoir de quoi nous parlons. Car la sexualité inclut aussi bien d'authentiques histoires d'amour que des demandes de tendresse, des besoins purement érotiques, divers mélanges de tout cela. Comme dans notre vie à nous, en somme. Ce qui est implicite dans notre propos c'est sans doute (mais il faudrait peut-être se demander pourquoi) que nous allons nous intéresser aux manifestations érotiques, disons pour faire court : ce qui relève, ou relèverait, du « faire l'amour ». Je précise cela parce qu'en réalité rien n'est simple dans ce distinguo. Mais passons.

J'ai dit qu'avec l'âge la sexualité n'évolue pas, comme souvent nous le pensons spontanément, vers une extinction, souvent imaginée comme brutale, à la ménopause, chez la femme, comme un étiolement plus ou moins rapide chez l'homme. Les choses sont beaucoup plus compliquées, et si dans les deux sexes le désir tend à se faire moins envahissant, si la mécanique tend à se gripper (surtout quand on ne s'en sert pas), il reste parfaitement possible d'avoir des rapports sexuels à un âge avancé. Mais il y a plus : l'indiscutable diminution des capacités sexuelles incite les partenaires à développer des stratégies alternatives permettant d'obtenir et de procurer du plaisir. Il est amusant de constater que depuis quelque temps on voit se développer un discours, d'ailleurs parfaitement exact, selon lequel la sexualité normale, ordinaire, ne se réduit pas à une partie de bilboquet, et que les hommes en particulier feraient bien d'être un peu plus attentifs à la variété des besoins sexuels de leur partenaire. Bref, non contents de devoir accepter l'idée que les personnes âgées peuvent avoir une sexualité riche, nous risquons de devoir admettre qu'une sexualité normale est probablement plus proche de la leur que de la nôtre.

Ajoutons ici, puisqu'en somme il est question de pouvoir de séduction, une note sur le vieillissement esthétique. Les choses ne sont pas simples, et il est banal de constater à quel point les personnes âgées sont *belles*. Ainsi, loin d'être une calamité, les rides viennent

souvent embellir un visage jusqu'alors inexpressif. Je connais de très vieilles personnes qui ont un grain de peau absolument sublime. Il est un peu difficile d'en convenir dans un monde qui a tellement érotisé la beauté qu'il ne sait plus faire la différence entre le beau et le désirable, mais le grand âge est précisément la période de la vie où on peut enfin distinguer l'un de l'autre. Et cela vient encore complexifier, mais aussi enrichir, la problématique de la sexualité.

Cela dit, et si nous avons réussi à nous mettre d'accord sur les points soulevés dans la première partie, la sexualité en institution ne pose plus véritablement de question. Les résidents, du moins ceux qui ne sont pas sous tutelle, sont des citoyens libres de leurs choix, et on voit mal comment on pourrait s'opposer à l'exercice d'un droit aussi fondamental que le droit de rencontrer qui on veut (ou qui on peut) pour, d'un commun accord, pratiquer une activité que la loi ne condamne pas. Il ne reste plus que des considérations techniques, qui n'en posent pas moins des problèmes redoutables ; je ne vais en énumérer quelques-uns que pour le plaisir :

- Supposons qu'un couple se forme en maison de retraite. Comment l'institution est-elle organisée pour permettre à ce couple de vivre une intimité dans des conditions convenables ? Y a-t-il des chambres avec grand lit ? Y a-t-il des chambres pour couples ? Et s'il y en a, sachant que la chambre du résident est un domicile, existe-il un contrat de location spécifique ?

- Mais on n'a pas de raison d'exclure que des vieilles personnes aient envie d'échanger des manifestations de tendresse érotique sans pour autant souhaiter partager un quotidien. Existe-t-il des lieux adaptés ?

- Toutefois on peut difficilement exiger d'une institution qu'elle investisse dans une infrastructure dont l'utilisation risque d'être relativement épisodique.

- L'institution est-elle organisée pour prendre en considération la plainte sexuelle des résidents ? Existe-t-il une réflexion sur les effets indésirables des médicaments ? Sur les sondes urinaires ? Le livret thérapeutique comporte-t-il des molécules adéquates ? Des lubrifiants adéquats ?

- La question de la sexualité fait-elle partie des points à envisager lors de l'entrée en institution ?

- Pour une vieille personne qui souffre de solitude sexuelle, quelles solutions peut-on proposer ? Est-il possible, judicieux, de reprendre la délicate discussion sur les assistants sexuels ?

Je compte pour rien les problèmes posés par les réactions des familles.

LA SEXUALITE DU DEMENT :

Il arrive que le dément (je parle ici du dément profond, de celui qui ne peut plus vivre à domicile. Il n'est pas certain que le problème soit plus simple chez un malade moins atteint : comment, et de quel droit, évaluer la situation ?) se mette à présenter des comportements sexuels plus ou moins explicites. Disons-le tout de suite : là non plus ce n'est pas si fréquent. Il vaudrait la peine de produire des statistiques sur ce point, en vue de pouvoir dire si ce phénomène est plus, moins, autant répandu que dans la population générale du même âge.

Ces comportements sexuels sont de plusieurs ordres :

- Il y a le malade qui se livre à des attouchements, ou qui se met à importuner d'autres résidents.

- Il y a celui dont la toilette dégénère.
- Il y a celui qui se caresse.
- Il y a celui qui se dévêt ; je suis surpris de constater que quand un patient (j'ai l'impression que ce sont plus souvent des femmes, mais je n'en sais rien) se dévêt plusieurs fois au cours de la journée on fait rarement le lien avec l'exhibitionnisme.
- Mais il y a aussi celui qui adopte une attitude évocatrice d'un état amoureux. Et pour peu que l'objet de ses désirs y réponde d'une manière ou d'une autre, on se retrouve à se poser la question d'un couple.

Énumération futile, n'est-ce pas ? On sait bien que le dément fait n'importe quoi, et qu'il n'a plus de conscience. Sans doute. Mais il faudrait peut-être y regarder d'un peu plus près.

Ce que dit le dément :

Le dément fait n'importe quoi. Mais... se produit-il qu'on fasse n'importe quoi ?

L'homme est un animal qui a des désirs (je me demande si on pourrait parler de *désir* chez un chat ou un chien) ; peut-être ferais-je mieux de parler de pulsions, mais passons. Nous avons une multitude de désirs, parfois violents, souvent contradictoires. C'est l'éducation, la pression sociale, la pensée, qui nous conduisent à trier dans nos désirs et à sélectionner ceux qui sont acceptables et ceux qui ne le sont pas. Notre vie sociale suppose une répression des désirs, les désirs réprimés devenant inconscients.

Mais que se passe-t-il quand le mécanisme de répression perd de son efficacité ? Nous le savons bien : il suffit de se demander ce qui nous arrive quand nous avons bu ; ce que nous sommes tentés de dire, ou de faire, quand nous avons bu, ce sont des choses que nous ne nous permettons pas dans la vie courante ; l'alcool est un désinhibiteur ; mais sous l'empire de l'alcool nous ne disons pas n'importe quoi, nous disons ce qui ne devrait pas être dit, *in vino veritas*. Ce qui parle ce sont tous les désirs que nous avons enfouis. Il en va de même quand on rêve : le rêve dit, sous une forme travestie, parfois tellement travestie qu'ils se voient transformés en cauchemars, ce qu'il y a de plus intime dans nos désirs inconscients. Il en va de même aussi dans le délire : le délire est un discours, il a un sens, et les antipsychiatres anglais avaient montré que quand on arrive à comprendre le sens du délire il s'éteint (le problème étant qu'on n'y arrive pas souvent, et que pendant qu'on s'escrime à y arriver le délire continue à faire ses propres dégâts dans la psyché). Et il en va de même pour toutes les pannes du cerveau (et l'ivresse est une panne du cerveau) : je ne suis pas près d'oublier ce couple âgé dont la femme était une caricature de dragon menant à la baguette un petit monsieur tout doux et tout timide ; et je revois encore le vieux monsieur, frappé d'un ictus amnésique, attendant sa dulcinée du haut de l'escalier, une hache à la main. Le dément, dans la mesure où il perd l'accès à une pensée structurée, voit s'affaiblir ses mécanismes inhibiteurs, et c'est pourquoi il est sujet à la confusion mentale, aux hallucinations aux délires ; et à la manifestation parfois intempestive de ses désirs. Ceci pour affirmer que son comportement a un sens. Les comportements ont toujours un sens.

Le dément n'a plus de conscience. Cela, je crois que c'est d'une fausseté absolue. Encore faut-il s'entendre sur ce qu'est la conscience.

C'est assez simple au fond. Il vous suffit de vous observer vous-même un instant. Et vous allez constater comme moi que quand nous pensons nous pensons toujours à deux choses. Par exemple je regarde cette table : je pense qu'il y a cette table, que je peux observer et décrire.

Mais, et simultanément, je pense que je pense. Je regarde la table et je me ressens en train de regarder la table. En somme je pense mais aussi j'assiste à ma propre pensée. La conscience, c'est cela, c'est cette double pensée. Et l'étymologie ne nous dit rien d'autre : *conscience* vient du latin *con-scius*, terme juridique qui désigne « celui qui sait avec », c'est-à-dire le complice. Et il y a deux moyens de réduire cette sorte de strabisme de la pensée :

- Je peux arrêter de penser que je pense : c'est ce qu'on appelle *se concentrer* (et on sait que cela ne marche pas très bien).
- Je peux arrêter de penser à quelque chose : c'est ce qu'on appelle *méditer*, le bouddhistes parlent de « laisser les pensées s'écouler comme les nuages dans le ciel ».

Je crois, sans beaucoup de preuves, que le dément, justement parce qu'il perd sa capacité à penser, ne conserve plus que la présence à lui-même, *mais que cela il le conserve* ; plus même, il le développe. Ce que les maîtres bouddhistes essaient de nous faire faire : éloigner les pensées pour être juste présent, présent à nous-même, présent à la situation, cette chose qui nous est si difficile, le dément le fait très simplement. Un détail peut nous le faire percevoir, c'est le *regard* du dément. Nous disons que le dément a les yeux dans le vague, qu'il a un regard hébété. Mais... regardons-le, ce regard. Si je le regarde attentivement, j'ai rapidement une surprise : ce regard, *je le connais*. Le regard du dément, c'est exactement le mien quand, dans une réunion où je m'ennuie, je me demande brutalement : « Qu'est-ce que je fais là ? ». Cela ne dure qu'une seconde, mais cette seconde est un instant de pleine conscience, un instant où je suis totalement présent au monde. Le regard du dément n'est pas un regard *hébété*, c'est un regard *étonné*, étonné devant le monde et son étrangeté ; cet étonnement dont parle Platon, et dont il fait la base de toute recherche philosophique. Je ne suis pas en train de vous dire que les déments sont des maîtres zen.

On voit dès lors que les choses sont plus compliquées que nous ne pensons. Car si le dément exprime, non point n'importe quoi, mais des désirs authentiques, si d'autre part il est présent au monde d'une manière bien plus prégnante que nous ne pensons, alors nous sommes contraints de reconnaître que le dément a des besoins : besoins de manger, besoin de boire, besoin de dormir, mais aussi besoin de vivre une sexualité ; et, pire encore : il a des droits.

- Le fait d'être dément n'a pas lieu d'abolir toute liberté.
- On ne voit pas pourquoi le dément n'aurait pas de sexualité.
- Et d'ailleurs, compte tenu de ce qu'ils vivent, si un tel comportement peut leur être source de plaisir ou de consolation, pourquoi les en empêcherait-on ? Quel mal y a-t-il à se faire du bien ?

Ces questions sont importantes, et doivent être examinées avec soin.

La liberté du dément :

Nous devons d'abord nous poser la question de la liberté. Elle est particulièrement délicate, car pour parler de liberté il faut que soient remplies un certain nombre de conditions, qu'on oublie bien souvent. Ne nous étendons pas, disons simplement, par exemple, que la liberté est liberté d'agir en connaissance de cause. Le rat de laboratoire qui dispose de deux boutons sur lesquels il peut appuyer à son gré sans savoir lequel des deux va lui donner accès à la nourriture et lequel va lui infliger une décharge électrique ne dispose que d'une dérision de liberté. De même les électeurs sont libres de lire ou non le programme des candidats ; mais quand ils vont voter sans les avoir lus ils n'exercent plus aucune liberté. Ainsi le dément a une liberté, mais il ne serait pas honnête de lui prétendre une liberté alors qu'il n'a pas les moyens de choisir. On a récemment décidé que les malades sous tutelle ont le droit de se marier, sans

voir que c'est là une énormité : si le malade est capable de poser un acte aussi complexe qu'une décision de mariage, c'est qu'il n'a pas besoin de tutelle.

Or il ne faut pas méconnaître que le dément présente souvent des troubles, notamment de la série frontale, qui induisent des comportements sans rapport avec l'exercice d'une liberté. C'est le cas notamment de ce qu'on appelle *la perte du sens des convenances sociales*, qui l'amène par exemple à adopter un langage inadapté, grossier, vulgaire, qui choque beaucoup les proches qui ne reconnaissent pas leur parent, lui si doux, si poli, si discret. C'est cette perte du sens des convenances sociales qui en vient souvent à désinhiber le comportement sexuel. Difficile dans ce cas de parler de liberté, alors qu'il s'agit d'un symptôme de la série psychiatrique. Je ne sais absolument pas s'il existe une fonction spécifique qui serait « sens des convenances sociales », il se peut que ce ne soit là qu'un exemple des processus d'inhibition des pulsions intempestives dont nous parlions plus haut. Mais peu importe : ma liberté est liberté de suivre mes pulsions, mais elle est aussi liberté d'y résister ; le problème est que :

- Ce qui limite ma liberté de suivre mes pulsions, c'est la pression des autres.
- Alors que ce qui limite ma liberté d'y résister c'est simplement moi.

La perte du sens des convenances sociales est nécessaire pour que le patient se mette à adopter ces comportements érotiques qu'à juste titre nous jugeons inappropriés. Notre problème, celui qui nous réunit, est de savoir ce que nous devons en faire. Je crois pour ma part que la perte du sens des convenances sociales constitue une entrave à la liberté du malade : certes elle lui permet d'exprimer des choses qu'il a bien le droit de ressentir et d'exprimer, mais peut-on parler de liberté si les pulsions qui se libèrent sont irrépressibles ? On n'est pas libre quand on se croit obligé de tenir ses pulsions prisonnières ; on ne l'est pas davantage quand on devient prisonnier de ses pulsions.

Mais il faut se poser une autre question, plus redoutable encore : qui est ce dément ?

On sait bien que la démence induit de profondes modifications de l'appareil psycho-intellectuel du malade ; on peut donner de ces modifications l'interprétation qu'on veut, mais les faits sont là : elles finissent par le rendre méconnaissable par ses proches. « Je ne reconnais plus ma mère », « Ce n'est plus lui », expriment avec une incroyable fréquence la souffrance de l'entourage. Et cette souffrance est d'autant plus poignante que dans cette matière on est obligé de tenir des positions incompatibles entre elles.

Notamment, quand la maladie commence il est important d'aider le malade à conserver le maximum de repères, de faire travailler sa mémoire : si l'exercice intellectuel n'a jamais ralenti l'évolution d'une démence il permet, au moins à la marge, d'optimiser les fonctions restantes. Mais quand la maladie évolue il devient illusoire, et surtout contre-productif d'essayer de maintenir cette position : il est bien plus raisonnable d'accepter l'idée que cet homme qui était si brillant ne reviendra plus, que celui que j'ai devant moi n'est pas diminué, il n'est pas l'ombre de lui-même, il est *quelqu'un d'autre*. Tant qu'on n'arrive pas à cette position on est condamné à souffrir devant le spectacle d'une déchéance et répéter des tentatives désespérées (et surtout douloureuses pour le malade) pour essayer d'obtenir une impossible récupération, de provoquer un impossible retour en arrière. Et la plus grande erreur est d'essayer de le retenir en le ramenant vers ce qu'il était, en lui reconstruisant des bribes de son passé.

Les soignants ont l'obligation de s'employer à détruire cette illusion, faute de quoi la souffrance des proches restera sans remède. Madame, vous ne retrouverez plus votre mère ; votre mère est morte ; à la place il y a quelqu'un d'autre, qui entretient des rapports avec celle que vous aimiez, mais qui a sa vie propre, ses capacités propres, ses désirs propres. Ne reste que deux difficultés :

- Ce qu'on propose quand on dit cela, c'est de faire l'impossible deuil de quelqu'un qui n'est pas mort.

- Le projet de ce deuil n'a pas de sens : si je vais voir l'être aimé, ce n'est pas en raison de ce qu'il est mais de ce qu'il a été ; si je suis là dans la maison de retraite, c'est parce que c'est ma mère, et si ce n'était pas ma mère on se demande pourquoi j'irais la voir.

Positionnement impossible, irréaliste, donc. Mais il n'y en a pas d'autre.

Mais du coup, que peut-on dire ?

Que penser de cette vieille dame qui toute sa vie a été si pudique, si réservée, si discrète, et qui se met brutalement à adopter un comportement de nymphomane ? Ce que sa fille nous dit, c'est que jamais sa mère ne se serait permis de telles attitudes. Ce à quoi on peut répondre qu'elle ose peut-être enfin s'avouer des désirs qu'elle avait jusqu'ici réprimés. On peut essayer de résoudre la question en disant qu'on va se guider sur ce que nous savons du passé du sujet, ce qui revient à se demander : que dirait-elle de son propre comportement si elle y assistait avec l'intellect qui était le sien avant de tomber malade ? Oui, mais quel sens y a-t-il à se poser cette question si nous devons considérer que ce n'est plus elle que nous avons devant les yeux mais une autre personne qui a pris sa place ?

Le raisonnement éthique :

Je ne connais pas de moyen de tracer une route entre toutes ces nécessités contradictoires. D'où une autre approche : qu'est-ce qui est bon pour le malade ? En d'autres termes : doit-on juger le comportement du malade en fonction de ce qu'il en aurait dit lui-même, ou bien doit-on le prendre comme il est, et là où il est ? Le danger à ne pas le rappeler à lui-même est de le laisser se perdre. Le danger de le rappeler à lui-même est de lui mettre en lumière ses difficultés ; la prétendue anosognosie du dément est une sottise : le dément sait, il sait avant tout le monde, que quelque chose ne va pas ; il ne le dit pas, il ne sait pas à quel point ça ne va pas, il arrive très vite à ne plus savoir ce qui ne va pas, mais il sait que ça ne va pas ; le meilleur moyen de faire un diagnostic de démence un peu installée est d'observer les efforts qu'il fait pour masquer ses difficultés.

Il s'agit donc de savoir comment on fait la part de ce qu'on doit au malade tel qu'il a toujours été et ce qu'on doit à son confort immédiat. Pour comprendre cette discussion, le plus simple est le faire le parallèle avec la démarche de réflexion éthique.

Il y a deux grandes manières de concevoir la réflexion éthique.

La première est l'éthique dite déontologique, qui est grossièrement celle de l'Europe continentale, et dont le représentant majeur est Emmanuel Kant (Kant qui parle de *morale*, mais peu importe). Il s'agit de considérer qu'il y a des *principes*, et que ces principes doivent s'appliquer. Il est interdit de mentir.

La seconde est l'éthique dite téléologique, qui est, toujours grossièrement, l'éthique anglo-saxonne, et dont le représentant majeur est Jeremy Bentham. Il s'agit là de considérer que les actions ont des *conséquences*, et que ce sont ces conséquences qui doivent guider les choix. Une chose est bonne si elle fait le plus de bien possible au plus de monde possible (ce qui implique qu'elle peut être bonne alors qu'elle fait un peu de mal à quelques personnes, si du moins ce mal est strictement nécessaire pour atteindre le but, qui est le bien du plus grand nombre).

Deux observations sont nécessaires.

La première est que ces deux conceptions ne s'opposent qu'en apparence. Car si Kant pose qu'il est interdit de mentir, c'est parce que la vie sociale repose sur la confiance, et que si on transige avec la confiance on détruit la vie sociale. Et il a raison : une fois que Lénine a écrit que pour parvenir à la Révolution tous les moyens sont légitimes, y compris le mensonge et la trahison, il a détruit définitivement toute possibilité de faire confiance à un communiste. Reste que si Kant pose le *principe*, c'est en raison des *conséquences*. Inversement, quand Bentham dit qu'une chose est bonne si ses *conséquences* sont bonnes, il énonce un *principe*.

La seconde est que, prises isolément, chacune de ces conceptions aboutit à des catastrophes.

Il est interdit de mentir. Soit. Votre ami est un résistant, il est poursuivi par la Gestapo ; il vient se réfugier chez vous ; la Gestapo frappe à votre porte et demande si votre ami est là. Au regard de l'exigence kantienne, vous n'êtes pas sans solution : vous pouvez prendre un fusil et tirer ; vous pouvez aussi faire remarquer que votre ami se bat pour un monde où il n'y a pas de mensonge, et que vous ne pouvez pas sauver sa vie au prix de la destruction de ce qui fait sa raison de vivre. Tout de même ce n'est pas satisfaisant.

Une chose est bonne si elle fait le plus de bien possible au plus de monde possible. Soit. Encore faudrait-il définir un peu plus précisément ce qu'est le bien : c'est une notion dont la géométrie est particulièrement variable. Allons plus loin : si quelqu'un admet que tous les hommes ne sont pas égaux il est facile de justifier un esclavage raisonné (Bentham était contre l'esclavage, mais cela ne l'exonère pas) dans lequel les esclaves souffriraient modérément, cette souffrance étant justifiée par la prospérité économique qui en résulterait.

C'est pourquoi une réflexion éthique suppose trois temps.

Soit un problème. Dans un premier temps il faut repérer les principes qui le régissent. Ensuite il faut se demander si les conséquences résultant de l'application des principes sont acceptables. Si c'est le cas, alors la question est résolue.

Mais il peut se faire que les principes ne soient pas applicables. Soit parce qu'il y a des principes qui se contredisent (la femme est libre de disposer de son corps/Il arrive que dans certaines circonstances elle héberge le corps d'un autre) ; soit parce que les conséquences de l'application des principes soient déraisonnables (c'est ce que la justice admet quand elle fait valoir l'*état de nécessité* : il est interdit de voler ; mais si c'est pour nourrir ses enfants...).

Dans ce cas le problème n'a pas de solution. Ce qui caractérise les problèmes éthiques, c'est qu'ils n'ont pas de solution. Il s'agit alors de trouver la solution la moins mauvaise possible, ce qui le plus souvent revient à se résoudre à violer un principe. Au moins saura-t-on dire quels principes on viole, et pourquoi on le fait.

Mais même en procédant ainsi les choses peuvent rester très difficiles. Ce fut le cas voici un peu plus de vingt pour un couple d'amis qui attendaient un enfant. Un peu après le cinquième mois on leur annonce que cet enfant est porteur d'une anomalie cardiaque totalement incurable et incompatible avec la vie.

La solution éthique est très simple, car il y a trois principes :

1°) : La vie humaine ne commence pas dès la conception. Mais au 5^e mois de grossesse on a affaire à un être humain pratiquement viable. Si on intervenait ce ne serait donc pas un avortement mais une euthanasie.

2°) : L'enfant n'a besoin de rien : tant qu'il est dans l'utérus maternel le cœur de sa mère supplée ses propres défaillances. Certes il mourra à la naissance, mais pour l'heure il ne présente aucun trouble.

3°) : Ce n'est pas l'enfant qui pose problème, ce sont ses parents. Or il est interdit de donner à Pierre un traitement dont il n'a pas besoin sous le prétexte que Paul aurait, lui, besoin que Pierre le prenne.

Il faut donc laisser la grossesse aller à son terme. On pratiquera un accouchement sous anesthésie, et on maintiendra l'enfant endormi jusqu'à sa mort.

Mais... Comment va-t-on oser exiger cela des parents ? Ils ont interrompu la grossesse ; ils ont bien fait.

On voit que le fonctionnement de l'éthique est d'ordre judiciaire. Le juge n'est pas là pour appliquer la loi : ce qui applique la loi, c'est le radar. Le juge est là pour *ne pas* appliquer la loi. Il est là pour dire : « Il y a des textes, qui édictent ceci et cela ; mais dans ce cas particulier nous allons faire autrement, *et voici pourquoi* ». Et le corpus de l'éthique, comme le judiciaire, comporte trois volets :

- Un volet législatif : ce sont les principes sur lesquels tout le monde s'accorde. On verra bien vite que ces principes sont bien peu nombreux. Cela pose même le problème d'une hypothétique universalité de l'éthique. Et pour la même raison on peut se demander si le projet de rédiger des lois de bioéthique a un sens.

- Un volet jurisprudentiel : il est de règle dans une discussion éthique de ne considérer que le cas précis dont on a à débattre ; mais tout de même on finit par apprendre des choses, et il n'est sans doute pas nécessaire, devant chaque demande d'avortement, de refaire l'intégralité du raisonnement ; on doit pouvoir s'inspirer de cas déjà résolus.

- Un volet procédural : il y a une éthique de l'éthique, qui impose des règles de discussion pour aboutir à une décision droite (écoute absolue de tous les participants, secret des débats, absence de chef, etc.).

Si on accepte cette manière de voir, alors les questions à se poser se réduisent sensiblement :

1°) : Quel est le trouble à l'ordre public ? La situation n'est évidemment pas la même selon que le dément s'est choisi un objet sexuel précis ou s'il rejoue *Don Giovanni*. Ou, s'il se livre à des activités auto-érotiques, selon qu'il les pratique dans sa chambre ou dans la salle commune. La règle qui s'applique est celle qui vaut pour toute liberté, et la liberté se termine là où commence celle des autres. Je serais porté à dire que si le dément a une activité sexuelle

qui ne gêne personne d'autre, alors il vaut mieux privilégier le plaisir qu'il peut en retirer et ne pas intervenir.

2°) : Mais s'il a jeté son dévolu sur un partenaire, c'est évidemment plus compliqué. Le guide est sans doute de se demander quelle est la réaction de ce dernier.

- S'il est hostile, on est évidemment ramené au cas précédent : la liberté du dément s'arrête là où commence celle des autres.

- S'il se laisse faire, il faudra se demander ce que cela signifie. Car on veut bien admettre que le dément qui développe une activité sexuelle exerce une liberté, mais il faut que cette activité soit de part et d'autre librement consentie. Or, tout comme certains malades présentent une désinhibition, l'inverse s'observe au moins aussi souvent (c'est le cas notamment dans les démences frontales, où le malade tantôt présente une activité extravertie et perturbatrice, tantôt au contraire s'enfonce dans une passivité dont on a tous les peines du monde à le sortir ; quand il n'oscille pas entre les deux). Difficile dans ces conditions d'assimiler à un consentement ce qui n'est peut-être qu'une passivité pathologique. Il faudra donc essayer de vérifier que ce consentement relève d'un désir partagé. Évidemment les choses sont plus simples quand le malade peut parler ; la seule réserve est qu'il faut savoir accorder toute son importance aux mots qu'il dit, ce qui suppose de notre part une objectivité absolue, une loyauté parfaite, et plus encore un travail quotidien sur nos propres idées préconçues, travail qui faisait précisément l'objet de cette communication.

3°) : Si on en vient à la conclusion que le couple qui ainsi vient de se former offre quelque apparence de légitimité, comment gère-t-on la situation ? En particulier, bien sûr, comment gère-t-on vis-à-vis de l'entourage, qui a toute chance, et toute raison, de se trouver déstabilisé par la situation ? C'est probablement le plus délicat, il suffit de penser à la manière dont, souvent, dans le cadre d'une famille recomposée, les enfants accueillent le nouveau conjoint de leur parent. Sauf que les choses vont évidemment plus loin : il y a tout de même un mystère dans la manière dont des adultes de cinquante ans réagissent quand leur père, septuagénaire et veuf, leur présente sa nouvelle compagne, comme si la fidélité à la défunte aurait dû lui imposer de finir sa vie dans l'inconsolabilité. Malgré tout ce que nous venons de partager sur la sexualité du sujet âgé et sur l'inceste, je crois qu'il reste encore à chercher. Et la difficulté est évidemment maximale quand le malade est marié : il faudrait, pour être cohérent, que le mari ou la femme qui vient voir son conjoint accepte l'idée que celui-ci n'est plus sa femme ou son mari, qu'il s'agit de quelqu'un d'autre, et qu'à bien considérer les choses l'équilibre affectif du ou de la malade impose que lui-même, qu'elle-même, se laisse entraîner dans un ostensible ménage à trois. Je crains que ce ne soit demander beaucoup.

Tout cela ne donne aucune solution, bien sûr. Mais peut-être cela permet-il d'ouvrir quelques pistes.