

Violence et dire, pour une rhétorique du soin

André Quaderi

Par une approche plurielle (psychopathologie du travail, sciences du langage et psychanalyse) et au travers d'une clinique de type groupe de parole en institution gériatrique, il est abordé les phénomènes de violences. Les effets du dire, au niveau du clinicien, induisent des changements de comportements des soignants dont les causes sont abordées. Ainsi, la taylorisation de l'organisation inhibe la relation du soignant à l'autre et fige le travail dans une exécution de tâche. Ces effets délétères sont à rapporter au Thanatos tout comme les effets du dire (interprété comme une rhétorique du soin) sont à comprendre du côté de l'Eros.

Mots clés: Psychopathologie du travail, psychanalyse, violence, rhétorique, effet du dire

Les domaines de l'activité humaine, aussi variés soient-ils, se rattachent toujours à l'utilisation du langage.

M. Bakhtine, 1984, p. 265

Une démarche des Lumières

Ce travail naquit d'une phrase de Jacques Lacan (1986) déclarant à propos des sciences humaines: "Une méconnaissance non moins systématique de tous les phénomènes de violence (...) montre que la voie de l'avènement des biens dans le monde n'est pas tracée sur des roulettes" (p. 373). J'associais immédiatement à l'humour grincant de Lacan mes nombreuses observations de violences dans les institutions gériatriques. Je me suis, modestement, attelé à éclairer, dans cette filiation lacanienne, ces phénomènes de violences en gérontologie. Le parallèle de Lacan entre l'avènement des biens et une démarche de savoir s'ancre dans le siècle des Lumières. Souscrivant à ce trajet encyclopédique, je présente ici une étude à la croisée de plusieurs disciplines: psychologie du travail, science du langage et, comme clef de voûte, le référentiel analytique.

Les psychanalystes co-construisent la théorie analytique avec la linguistique, mais peu d'entre eux abordent la psychopathologie du travail, discipline incontournable, selon moi, pour comprendre les mécanismes institutionnels des services de gériatrie. Un grand nombre de praticiens (dont moi-même) interviennent dans ce type de services hospitaliers sous des formes diverses: entretiens cliniques avec les patients et les familles, groupes de paroles et formations à destination des soignants.

Dans ces services gériatriques, il est fréquent d'entendre des plaintes de patients et de familles évoquant des maltraitances. L'absence de verbalisation des violences (pourtant évidentes pour quiconque visitant une institution) devient tout aussi fréquente, comme un phénomène en reflet, tant dans les transmissions, les formations et les groupes de paroles. Une dualité apparaît entre évidence de violence et non dit assourdissant.

Dans ce vide de mot, un repérage d'un effet mortifère me semble possible.

Les violences en gériatrie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la violence consiste à utiliser ou promouvoir la force ou la contrainte, ou encore à empêcher la jouissance de droits fondamentaux. Elle peut être physique, psychologique, matérielle ou sexuelle. Elle est le fait d'un individu, d'un groupe, d'une institution ou d'une collectivité et elle entraîne une responsabilité sociale, personnelle et morale, même en l'absence de sanctions sociales. Le recours systématique au repas mixé, à la contention, à la protection pour l'incontinence sont des violences physiques et matérielles. Les cris tels que "mais arrêtez à la fin!", les insultes "il a encore ch... partout ce c..." à l'encontre de patients atteints de maladies d'Alzheimer ou apparentées¹ exemplifient les violences psychologiques.

Les pratiques sont parfois moins visibles, pouvant revêtir des attitudes plus "relationnelles". Ainsi, une aide soignante donnera à manger à une résidente en l'appellant "ma chérie" tout en lui remplissant la bouche de trop de nourriture, provoquant étouffements et rejets des aliments, prétexte pour l'arrêt de l'alimentation. Témoin de ces violences, comme nombre de psychologue clinicien, la perplexité et le désarroi ont souvent envahi mes notions du bien. Je me suis trouvé dans une impasse: si je ne dénonçais pas n'étais-je pas moi-même complice par mon propre silence? Questions récurrentes que tout acteur se pose en gériatrie.

N'oublions pas (pour comprendre et non pour valider) que ces soignants évoluent, cohabitent avec ce qui peut être perçu comme une déchéance humaine la plus totale. Cette déchéance narcissique, se présente sous la double modalité de la dépendance. La dépendance physique réduit le corps de l'âgé dans sa non maîtrise des besoins (marcher, se nourrir, éliminer), renvoyant souvent à l'incomplétude de l'humain et à son inéluctable spécificité de mortel. La dépendance psychique, "la mort avant la mort" pour reprendre l'expression d'un soignant, souvent associée à la maladie d'Alzheimer, affiche la perte de la raison et de la maîtrise de la réalité.

Cette double contingence du grand âge souligne l'émergence d'un effet du réel, j'y reviendrai.

1. Bien entendu toutes les institutions ne "pratiquent" pas ces maltraitances. La compréhension de cette absence dans ces organisations ne peut être traitée ici.

Groupe de parole et non dit

C'est dans un tel contexte personnel que j'ai été amené à mettre en place des groupes de paroles dans un Service de Soins de Longue Durée (SSLD). Ma pratique ne se différencie pas au départ des usages : la présence des soignants est basée sur la demande (volontariat), la libre circulation de la parole, confidentialités des échanges et neutralité du clinicien sont énoncées en préalable et à chaque séance.

Lors des premières séances, la parole échangée est monopolisée pour exprimer des plaintes, complaints habituelles au niveau des moyens en personnel, l'absence de reconnaissance de la direction... Advint un silence, lourd, avec la nette impression que "tout avait été dit" comme le remarque un participant, suivi d'un absentéisme de plus en plus important, pour terminer par une absence totale de participant aux séances.

Le cadre de santé, d'un tempérament réactif et volontaire (et devant ce qu'elle considère comme un échec) "prescrit obligatoirement" (selon ses propres termes) la présence au groupe de parole. Elle déplaça aussi le lieu de réunion du groupe de parole, les séances étant alors réalisées dans les étages ce qui réunit de fait la même équipe de soin. J'ai retrouvé toutefois le silence et, comme il perdurait, j'ai animé différemment les séances.

Poussé par le silence que j'interprétais comme un non dit des violences et capté dans mon identification au patient, je pris la parole au début des séances, paroles introductives, mots "sur" les déments, leurs pathologies, les dégâts des maladies, la dépression, les mauvais rythmes de vie de l'institution etc. Ces paroles, que je qualifie pour le moment de narratives, sont des récits de mes observations des résidents dans le service. Ces narrations sont des évocations liant les concepts de la démence aux vécus existentiels, supposés par moi, des patients. Ainsi, à une résidente qui entre dans la salle (du fait de sa déambulation), j'associe en expliquant le cortège d'angoisse de ce type d'affection.

Le premier effet de la narration est de provoquer alors les associations des soignants, quelques membres du groupe se mettant à parler. Des liens associatifs apparaissent sur tel ou tel patient jugés comme "terriblement déments", découvrant alors du sens dans leurs comportements. Une intersubjectivité à la suite de mon dire surgit créant, en reflet, un autre dire, déplaçant fugitivement le discours de plaintes (qui réapparaît dans les conclusions des groupes: "on ne peut rien faire car on n'est pas assez nombreux et on a pas le temps").

Mal à l'aise, je dirige ces séances "à vue", comprenant mal les enjeux. Comment imaginer la pérennité du groupe de parole quand si peu de personnes parlent, quand le clinicien occupe par sa narration une partie de la séance?

Pourtant, le cadre de santé me félicita pour les progrès dans le service. J'appris, avec étonnement, que certains soignants avaient modifié leurs attitudes vis-à-vis des déments. Les "hurlements" et "cris" sur les patients avaient diminué, une attention bienveillante, un repli visible de la maltraitance étaient notés par l'encadrement. Les soignants ayant changé leurs pratiques ne parlaient pas dans le groupe de parole, mais écoutaient et donc s'approprièrent quelques chose. Ce fait est d'importance pour la suite.

La parole du clinicien et les quelques associations des soignants provoquaient des effets à la fois sur les personnes et dans la perception de leur travail. Les changements (et c'est en cela une surprise) proviennent non pas des effets du dire des soignants qui "conscientisent" leurs manières de travailler (comme il est habituel avec une méthode laissant le champ de la parole aux soignants) mais d'une narration induisant une intersubjectivité. La présence d'un mécanisme inconscient à l'orée d'un dire qui fait acte ne fait aucun doute. Un lien entre cette narration et celle définie par J. Hochmann (2001, p. 26) semble opportun. Cette narration devient un passage obligé permettant l'éclosion de l'intersubjectivité, préalablement difficile à créer. Si "les phénomènes de violences" ont plié sous le poids des mots, comment maintenant comprendre les mécanismes à l'œuvre dans l'apparition et la disparition de la maltraitance?

L'approche psychopathologie du travail

Comment un effet narratif, induisant une intersubjectivité en séance de groupe provoque-t-elle un changement dans les pratiques de travail? La frontière préalablement décrite entre la psychopathologie du travail et le référentiel analytique peut maintenant être franchi.

La psychopathologie du travail s'intéresse, entre autres, aux interactions entre la méthode de travail, l'organisation et les liens avec l'individualité du travailleur et ce pour définir la clinique de l'activité. Le partage se décompose entre la norme, le genre et le style individuel. Pour clarifier, analysons un acte de base en gériatrie: la toilette ou nursing. Cette action est comprise à partir des travaux d'Yves Clot (1999, p. 32) comme une prescription répondant à des normes enseignées (les règles de travail d'une toilette), intégrées à un genre en usage dans le service (comment fait-on cette toilette dans l'institution) et enfin déclinée en styles individuels (comment l'acteur s'approprie-t-il la norme et le genre dans l'action réelle). Cet acte se définit comme une action mentale permettant au sujet de se l'approprier comme relevant de lui-même à l'intérieur d'un genre collectif. Des variantes entre les styles individuels coexistent

permettant la naissance de règles du genre qui “se nourrit du choc des variantes” (ibid.) inter individuelles créant (pour aller vite) l’équipe.

De plus, l’activité de travail, comme le souligne Livia Scheller (2003) “engage soi-même à travers la médiation d’un objet à traiter, dans une rencontre inévitable à l’autre” (p. 86). Cette rencontre en gériatrie devrait être double, conjointement entre les collègues de travail et la personne âgée. Nous verrons qu’il n’en est rien. Le genre devient, par là même, notre angle d’approche pour comprendre les phénomènes de violences évoqués.

Yves Clot rapproche le concept du genre des développements de Mikhaïl Bakhtine (1984) autour des genres de discours: “tout énoncé pris isolément est, bien entendu, individuel, mais chaque sphère d’utilisation de la langue élabore ses types relativement stables d’énoncés, et c’est ce que nous appelons genres du discours” (p. 265).

Le genre (au travail) renvoie à un discours (ici implicite, non élaboré) tenu dans une équipe qui s’y identifie comme forme collective de mise en acte du travail. Le “genre maltraitant” n’est pas parlé, il ne peut donc être autrement que nié, négation manifestée par un silence qui en souligne d’autant plus l’acuité. Comment analyser l’apparition ou tout au moins la disparition des maltraitances par les séances de groupe ?

Il est possible d’identifier avec prudence une première définition des effets narratifs (durant les séances) en tant que diffractation d’un genre. En quelque sorte, le dire du clinicien provoque une énucléation d’un non dit, d’un genre non énoncé, maltraitant, mais consenti par le silence des soignants. Ainsi, l’apparition d’une intersubjectivité induite par la narration, bouleverse un genre collectif. Le problème des maltraitances évoquées provient donc moins d’un style individuel d’un ou de quelques soignants (ce qu’il serait tentant au premier abord de croire) mais d’un genre collectif autorisant (par une absence de parole) ces déviances à la norme. Il est en effet “anormal”, par exemple, de hurler sur un patient, mais c’est une pratique tolérée dans le genre “de la maison”. La possibilité de mieux comprendre la difficulté de verbalisation des soignants lors des groupes de paroles peut maintenant être approchée. En effet, la psychopathologie du travail parle de clinique de l’activité comme celle recouvrant l’ensemble des réalisations de l’acteur dans le processus du travail, elle omet toutefois l’analyse des effets inconscients de ce processus.

L’organisation d’un travail segmenté, en jeu dans les institutions gériatriques, va provoquer une sorte de taylorisation² du corps du patient, de l’âgé. Le soignant

2. Taylor F.W a été l’instigateur d’une nouvelle séparation des tâches à l’ère industrielle pour aboutir à la création des premières chaînes de montage dans les usines Ford.

qui va procéder à une toilette ne sera pas forcément celui qui lui donnera à manger et encore moins celui qui discutera lors d'une activité psychosociale. Peu de personnes seront en relation avec l'âge en dehors d'une relation de base: boire, manger, éliminer, dormir. Les organisations standards des soins en gériatrie sont effectuées de façon ritualisée, systématique sans aucune articulation avec les habitudes ou les désirs du patient âgé (heure de lever, habitude, goûts vestimentaires etc.). La taylorisation en vogue dans les organisations gériatriques provoque une ségmentation, un découpage du corps de la personne âgée. Le soignant³ ne va pas pouvoir s'identifier à son acte (ou rarement), il ne peut que réaliser une tâche sur un corps et non dans la globalité de l'humain. Entre cette identification ratée et la réalisation de la tâche surgit le réel, celui du corps en en deçà des mots.

Représentation du corps mortel, à la psyché moribonde, liée à une organisation "taylorienne" sont toutes deux des effets d'un réel induisant un genre maltraitant comme mécanisme de défense d'une angoisse morbide groupale. Le genre maltraitant est le produit de l'organisation limitant l'apparition d'une intersubjectivité, cette double rencontre entre le soignant et l'âgé. Le soin devient une relation d'objet sans sujet et, osons le dire, sans relation, permettant alors toutes les dérives. Ce type de travail segmenté ne permet pas "le travail de subjectivation comme activité sur soi, indissociable de la reconnaissance des autres portant sur le réel du travail" comme le souligne Y. Clot (1999, p. 95). Le soignant devient désincarné, sans subjectivité laissant alors les effets mortifères envahir le genre collectif. Le silence dans les séances des groupes de parole se décode comme une non métaphorisation de l'activité de travail ancrée à la fois dans l'organisation taylorienne et dans les représentations morbides anxiogènes véhiculées par la vieillesse. Cette non mise en imaginaire d'autrui conduit à analyser le silence répétitif autour des violences comme un effet du réel, un impossible à dire de l'angoisse de mort et de ses effets ravageurs. Ce que j'ai rapidement énoncé comme un non dit s'avère plus complexe, c'est le réel sous la forme intriquée de la tâche parcellisant le corps du patient, de l'absence métaphorique de l'Autre et du soignant qui sont en jeu. Rendre aux soignants la dimension de leurs actes en tant que sujet vis-à-vis d'un (A)utre sujet demande, mais pas seulement, à ce qu'une parole permette de faire advenir l'Autre. Cet

3. Un agent déclina sa mission (procéder à des shampoings) par cette réduction "moi je lave des têtes" énoncé éclairant la taylorisation des tâches et la non prise en considération de l'autre comme un sujet. Cela réduit consubstantiellement la fonction de l'agent à une réalisation d'une tâche et la personne âgée à un objet de tâche (niant ainsi la dimension subjective de la réalisation d'un soin).

Autre peut naître consubstantiellement de la narration diffractant le genre et par le partage des mots entre soignants de cette angoisse morbide.

Le procédé à l'œuvre pour une réduction des violences est maintenant révélé: le processus de la narration injecte des signifiants (ou tout au moins du sens) dans le genre collectif du travail, recréant ainsi une relation, un lien imaginaire dans le style individuel. Mais cette narration ne se limite pas à cela, elle remet au centre du genre la personne âgée, elle rééquilibre l'organisation autour de l'objet du travail. Comme l'analyse Livia Scheller (2003) "les situations de travail (...) ne peuvent être dénouées que si l'activité de travail – et le rapport que les sujets y entretiennent – est mise au centre de l'analyse, et donc de l'élaboration" (p. 88). La narration concourt à rendre la personne âgée au centre des préoccupations ou, pour être plus tranchant, au centre des élaborations et des échanges verbaux.

Les soignants sont tout autant oubliés dans leurs fonctions désirantes du soin. En effet l'Autre du soignant ne peut, lui non plus, trouver une place dans la relation au patient devant une réduction parcellaire, morcelée (que j'ai nommée précédemment "taylorienne"), de l'activité.

Il nous apparaît donc plus pertinent de questionner les genres en vigueur (ainsi que les organisations afférentes) et les représentations induites de la vieillesse que d'analyser le phénomène de la maltraitance du point de vue individuel.

Les aménagements de la méthode du groupe de parole a permis une possible libération de certains d'un collectif. Le fait que des soignants changent leurs comportements sans pour autant avoir saisi la parole dans les séances de groupes s'analyse à la fois comme une émergence d'un style et d'une métaphore de l'âgé. Une nouvelle subjectivité apparaît ainsi dans les relations soigné/soignant et entre soignants. Comment interpréter alors, dans une praxéologie se référant à la psychanalyse, ce que Y. Clot (1999) nomme "la mobilisation subjective" (p. 187), c'est à dire le travailleur qui s'affranchit du collectif (représentation morbide et organisation du travail)? Comment comprendre ces effets de paroles?

Science du langage et la rhétorique du soin

Cet affranchissement est contingent du style du clinicien, dont l'analyse peut débiter par les effets langagiers (en lien avec la narration) dont il est possible maintenant de déterminer les mécanismes linguistiques. Je mets en résonance la narration et l'art de la rhétorique tel que Roland Gori (2001) le définit dans l'article sur "les rhétoriques de la souffrance": "la rhétorique est cet art d'utiliser les pouvoirs du langage (logos), les vertus de celui qui parle (ethos) et les passions que les discours produisent chez l'auditeur" (p. 45). La rhétorique se déduit non

pas de ce qui est énoncé mais des effets de l'énoncé sur autrui. L'amphibologie du concept rhétorique conduit à prendre, après les chemins de traverse de la psychopathologie du travail, un détour par les sciences du langage.

La définition de Roland Gori de la rhétorique s'éloignant de l'usage habituel de ce concept linguistique, il semble indispensable d'en dégager quelques points éclairant le caractère narratif préalablement évoqué.

Si la rhétorique naît d'un désir de communication, elle se déploie dans un substitut à la violence, forme élaborée du discours de l'avocat comme le remarque si justement Joëlle Gardes-Tamine (1996, p. 12). En cela, la rhétorique demeure en relation étroite avec la personne qui énonce et ce dans un idéal du moi ou un désir engagé de porter secours. Ainsi, une contingence se dessine: la rhétorique ne peut se déprendre du transfert imaginaire de celui qui énonce (le clinicien) dans son identification supposée à celui qui l'écoute (le soignant) et à l'investissement de ce dont il parle (le patient). La rhétorique, par essence même narrative, permet de saisir un effet consubstantiel: une convocation de l'Autre sur l'autel de la parole tout en permettant l'émergence d'une subjectivation (par le dire) de l'objet du discours rhétorique, ici le patient.

Le dire du corps, effet métaphorique

Les effets rhétoriques de la narration permettent le déploiement d'un matériel associatif, conduisant une mise en imaginaire de l'autre et, par là même, une réactivation subjective du lien soignant – patient. Paradoxalement, l'herméneutique créée à partir du silence des soignants amène le clinicien à convoquer une corporéité là où il n'y avait qu'une tâche de travail (mais la métonymie du mot tâche ne renvoie t elle pas à une salissure? le corps sale). Le dire du clinicien⁴ provoque un faire⁵ associatif chez les auditeurs, les conduisant (autant ceux qui écoutent que ceux qui parlent) les uns à comprendre leurs mécanismes en miroir des effets sur l'Autre, ici le patient. Nous assistons, au niveau linguistique, à une conversion (Giot, 2003, p. 45) entre le dire de l'allocutaire (clinicien) et l'entendant (les soignants). L'entendant convertit mes énoncés en subjectivité, autrement dit, en parlant du dément (en tant que je), il crée du sujet (en tant que "il" le dément), mouvement psychique permettant l'échange subjectif. Ainsi, la

4. Rappelons que même parler à la cantonnade c'est s'adresser à l'Autre comme le spécifie Lacan (1966), *Fonction et champ de la parole et du langage*, p. 258.

5. Nous ne pouvons développer ce point ici mais la cohérence avec les performatifs d'Austin (Austin, J.L. [1962], *Quand dire c'est faire*) peut trouver sa place.

rhétorique, art du bien dire, s'apparente à des éléments discursifs de l'éthique du clinicien, de son désir de subjectivation de l'autre. La rhétorique de soin s'analyse dans mon contre transfert supposant un manque chez l'autre, un moins d'humain dans les pratiques collectives de soin (effet du réel tel que préalablement défini).

L'espace théorique s'ancre donc bien dans un carrefour à plusieurs entrées: la psychopathologie du travail pour comprendre les mécanismes en jeu dans les organisations (entre genre et style), les sciences du langage pour saisir la substantialité du dire (entre rhétorique et effet de dire) et la psychanalyse pour souligner la permanence inconsciente pulsionnelle, les liens transférentiels et l'agir éthique.

Cet agir par la parole donne corps aux patients âgés, corps d'énigmes, celles de l'humain. Les dires du clinicien induisent ce que la belle métaphore de Roland Gori (2001) illustre parfaitement: une "pragmatique de la chair" (p. 58). En réalité, en plaçant le sujet âgé dans un dire, en procédant à sa nomination narrative,⁶ nous lui redonnons une chair, un Eros réduisant le réel par la force de la narration. L'âgé devient réinvesti au niveau libidinal par le discours rhétorique, inversant ainsi les enjeux de pouvoirs institutionnalisés par les genres en lien avec la morbidité des représentations. Nous remettons du désir là où il n'y avait place que pour une tâche, qui segmentée se donne à être saisie comme un effet Thanatos. En cela, nous assistons au sein du groupe de parole, le temps d'un dire, à un combat, déjà décrit par Freud (1922): "il y lieu d'attendre que l'autre des 'deux puissances célestes', l'Eros éternel, tente un effort afin de s'affirmer dans la lutte qu'il mène contre son adversaire non moins immortel" (p. 107).

Les effets narratifs sont des effets de sens (conversion de mes énonciations), une rencontre, une promenade suggestive et subjectivante, permettant de recréer un Autre "dans" le dément ou l'âgé. Ce sont "les vertus de celui qui parle (éthos) et les passions que les discours produisent chez l'auditeur" pour revenir à la définition de R. Gori. Le soin redevient un lien investi libidinalement (réduisant la part du réel).

Rappelons, pour terminer, la situation des groupes de paroles où le clinicien *évoque* le patient dément mais ne tente pas de convaincre les soignants de changer

6. La nomination, "donner un nom à la personne dont on est en train de parler", Gardes-Tamine, J. (1996-2002, p. 135) peut sembler une évidence, toutefois, en gériatrie, les soignants utilisent des diminutifs "chérie, ma petite mamie, la folle etc."). La rhétorique par ses effets de nomination semble nous aider dans le processus de subjectivation. Au delà de l'aspect factuel de la nomination, nous réintroduisons par là le sujet dans un rang social et le sortant d'une suite de tâches.

leurs pratiques. Cette évocation, je la nomme rhétorique du soin au décours d'une narration. C'est une sorte de triangulation narrative produisant, un temps, un effet thérapeutique. Le groupe de parole devient un promenade à trois, chemin bien singulier où l'Autre de l'âgé, convoqué à l'autel de la parole conduit le soignant à un réinvestissement pulsionnel de sa fonction. L'affranchissement du travailleur par sa subjectivité passe ainsi (prisme de la narration) par une création d'altérité, création impossible sans une parole (Quaderi, 2003), puisque l'âgé de part sa maladie en est quelque peu destitué (Irigaray (1973). La compréhension des phénomènes de violence en gérontologie, tout comme l'avènement des biens dans un référentiel analytique, étoffe le champ praxéologique des cliniciens et permet "l'extension du domaine de la lutte" (pour reprendre le titre romanesque de Michel Houellebecq).

Références

- AUSTIN, J.L. *Quand dire c'est faire*. Paris: Seuil, 1962.
- BAKTHINE, M. *Esthétique de la création verbale*. Paris: Gallimard, 1984.
- CLOT, Y. *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF, 1999.
- FREUD, S. (1922). *Malaise dans la civilisation*. Paris: PUF, 1966.
- GARDES-TAMINE, J. (1996). *La rhétorique*. Paris: Colin, 2002.
- GIOT, J. La deuxième personne du verbe, un champ énonciatif. *Cliniques Méditerranéennes*, Paris: Érès, n. 68, 2003.
- GORI, R. Les rhétoriques de la souffrance. In: *Qu'est-ce qui guérit dans la psychothérapie?* Paris: PUF, 2001.
- HOCHMANN, J. Intersubjectivité, empathie et narration. In: *Qu'est-ce qui guérit dans la psychothérapie? Forum Diderot*. Paris: PUF, 2001.
- HOUELLEBECQ, M. *Extension du domaine de la lutte*. Paris: J'ai Lu, 1997.
- IRIGRAY, L. *Le langage des déments*. Paris: Mouton, 1973.
- LACAN, J. *Le séminaire. Livre VII. L'éthique en psychanalyse*. Paris: Seuil, 1986.
- _____. Fonction et champ de la parole et du langage. In: *Ecrits*. Paris: Seuil, 1966.
- QUADERI, A. La psychanalyse au risque de la démence. *Cliniques Méditerranéennes*, Paris: Érès, n. 67, 2003.
- SHELLER, L. Clinique de l'activité, haine, travail. *Cliniques Méditerranéennes*, Paris: Érès, n. 66, 2003.

Resumos

Através de uma abordagem plural (psicopatologia do trabalho, ciências da linguagem e psicanálise) e de uma clínica do tipo “grupo de fala” em instituição geriátrica, são abordados os fenômenos de violências. Os efeitos do dizer, no nível do clínico, induzem mudanças no comportamento dos cuidadores cujas causas são abordadas aqui. Assim, a taylorização da organização inibe a relação do cuidador com o outro e cristaliza o trabalho, transformando-o numa execução de tarefas. Esses efeitos deletérios devem ser atribuídos ao Thanatos tanto quanto os efeitos do dizer (interpretado como uma retórica do cuidado) devem ser compreendidos do lado do Eros.

Palavras-chave: Psicopatologia do trabalho, psicanálise, violência, retórica, efeito do dizer

A través de un abordaje plural (psicopatología del trabajo, ciencias del lenguaje y psicoanálisis) y de una técnica del tipo “grupo para hablar” en institución geriátrica, son abordados fenómenos de violencias. Los efectos del decir, en el nivel de lo clínico, inducen cambios en el comportamiento de los cuidadores cuyas causas son abordadas aquí. Así, la taylorización de la organización inhibe la relación del cuidador con el otro y cristaliza el trabajo, transformándolo en una ejecución de tareas. Estos efectos deletéreos deben ser atribuidos a Thanatos así como los efectos del decir (interpretados como una retórica del cuidado) deben ser comprendidos del lado de Eros.

Palabras claves: Psicopatología del trabajo, psicoanálisis, violencia, retórica, efecto del decir

The phenomenon of violence is discussed in this article through a multiple approach (psychopathology of work, language sciences and psychoanalysis) and through group-based clinical work in a geriatric institution. The effects of speaking in a clinical situation bring about changes in the behavior of care givers, and the causes of this reality are discussed here. The Taylorization of the organization inhibits the relationship between care-givers and the other and crystalizes it into a purely bureaucratic function. The negative effects are attributed to Thanatos, whereas the effects of speaking (interpreted as a rhetoric of care) should be understood as related to Eros.

Key words: Psychopathology of work, psychoanalysis, violence, rhetoric, effect of speaking

Versão inicial recebida em setembro de 2003

Versão revisada recebida em novembro de 2004