

**CANAL
PSY**

Bimestriel 3,30 €

La vie affective de la personne âgée
Jacques BORGY

Le groupe, une modalité de prise en charge
du sujet âgé à l'hôpital psychiatrique.
Lisette FABRE

Le temps de l'accompagnement
Jacques BOISSIN

Accompagner le vieillissement

N° 67 Février - Mars 2005

11ème Colloque International ARIATE/SAMASA - 14-15 Mai 2005 Lyon - **Analyse transactionnelle**
Ecole Normale Supérieure Sciences
Amphithéâtre Charles Mérieux - 46 allée d'Italie - 69007 Lyon
Claudie RAMOND - ARIATE - Tél : 04 72 00 96 39
claudie.ramond@wanadoo.fr - www.ariate.org
Agnès GAILLOT - SAMASA - Tél : 04 78 25 81 31
agnes.gaillot@samasa-education.net - samasa-education.net

CEFA - Formations à la thérapie familiale et de couple
20 - 21 mai - La co-intervention en thérapie familiale - J. Van Hemelrijck
09 - 10 juin - Appartenançogramme / Relatiogramme - R. Neuburger
Centre d'Etude de la famille - Association - 95 boulevard Saint-Michel - 75005 Paris
Tél : 01 43 54 98 84 - Fax : 01 43 54 30 28 - cefa@club-internet.fr

Séminaires Psychanalytiques de Paris
25 mai à 21h ou 28 mai de 14 à 18h - La Sublimation - J.-Cl. Girard et D.mion
08 juin à 21h ou 11 juin de 14 à 18h - Le Narcissisme - M.Auguy et D.Berthon
Espace Reuilly - 21 rue Hénard - 75012 Paris
Madame Romezy - Tél : 01 46 47 66 04 ou 01 42 24 83 13 - Fax : 01 46 47 60 66
www.seminaires-psy.com

36èmes journées d'étude - ALFPHV (Association de Langue Française des Psychologues spécialisés pour Handicapés de la Vue)

Transculturalité et déficience visuelle dans les pratiques cliniques

03, 04, et 05 juin au Conservatoire National des Arts et Métiers
292, rue Saint-Martin - 75003 Paris
Secrétariat des journées :
Catherine Bâton - Association Paul Guinot
24-26, boulevard Chastenet de Géry - 94814 Villejuif Cedex
Tél. : 01 46 78 59 68 - Fax : 01 46 78 50 35
cbaton.guinot@antivirus.oleane.com

10ème Congrès de Psychothérapie de Groupes d'Enfants et d'Adolescents
Quels groupes et pour qui ?
10 et 11 juin - Journées d'Auxerre
Le Centre d'Information et de Recherche en Psychologie et Psychanalyse Appliquées
15, avenue du Général-Rollet - 89000 Auxerre

Centre International de Psychosomatique
La thérapie relationnelle, l'espace et le temps
18 juin 2005
Maison des Mines - 270, rue Saint-Jacques - 75005 Paris

Colloque international et interdisciplinaire "citoyenneté, justice et psychologie"
du 11 au 13 juillet 2005 - Université Lumière Lyon2 - Amphithéâtre Laprade
4bis rue de l'Université, Lyon 7ème
Colloque « Citoyenneté, Justice & Psychologie » - Université Lumière-Lyon2 -
Institut de psychologie - GÉRA - 5, avenue Pierre-Mendès-France - 69676 Bron cedex
Fax:04.78.37.19.52

le sommaire

La vie affective
de la personne âgée
Jacques BORGY

Le groupe, une modalité de
prise en charge du sujet âgé
à l'hôpital psychiatrique.
Lisette FABRE

Le temps de l'accompagnement
Jacques BOISSIN

Comme vous l'avez remarqué avec le numéro 66, Canal Psy passe à la couleur : remercions Marco pour ce renouveau qu'il impulse ainsi au journal à l'occasion de ses 10 ans ! Notre bimestriel bonifie ainsi années après années sa présentation dans le souci de favoriser le plaisir que vous trouverez à la lecture des textes de nos auteurs, désormais accompagnés des illustrations des talentueux élèves de l'Ecole Emile Cohl...

Au sommaire donc de ce numéro de février-mars, trois articles qui abordent l'ultime crise qu'est pour l'être humain l'approche de la fin de sa vie.

Jacques BORGY nous conduit en premier lieu au coeur de l'univers affectif de la personne âgée, et des vécus de perte qu'elle va avoir à négocier, en soulignant ses conditions de possibilité.

Puis Lisette FABRE, en écho, évoque dans son article la souffrance des soignants qui prennent en charge les patients en géronto-psychiatrie, et questionne la place et la fonction de la plainte pour eux : qu'est-ce qui est ici en quête d'adresse ? Et comment soutenir le travail de liaison au sein des équipes ?

Enfin Jacques BOISSIN partage avec nous son expérience des soins palliatifs. Il retrace les différents temps de la fin de vie, puis réinterroge les enjeux psychiques à l'oeuvre tant pour le patient que pour celui qui l'accompagne dans ce cheminement.

Bonne lecture...

Anne-Claire FROGER



Accompagner le vieillissement

Nous allons parler d'une période de la vie où l'affectivité prime sur l'effectivité. C'est bien, en effet, de cela dont il s'agit, de la période de la vie où l'effectivité a singulièrement baissé, l'âge où l'on a perdu la capacité de faire, ou de faire seul, l'âge des pertes, qu'il s'agisse de la perte d'autonomie, de la perte des parents, des frères, des surs, d'êtres chers, de la perte de la mémoire, ou de la perte prochaine de la vie... Nous nous intéresserons à la spécificité de la vie affective de la personne âgée essentiellement dans cette mesure ; en effet, la psychologie n'est pas différente avec l'âge ; il est très important de noter cela car **c'est bien avec sa structure psychologique propre que chaque personne aborde les difficultés spécifiques au grand âge**. Cette spécificité de la vie psychique de la personne âgée, je vais essayer de vous en parler à propos des pertes, comme je viens de vous le dire. De plus, mais sans aborder la psychopathologie du sujet âgé, je vous en parlerai aussi à propos de pathologies spécifiques comme les démences ou comme les décompensations d'états pathologiques antérieurs - non pas que les décompensations soient l'apanage de la vieillesse, ni que les démences soient forcément séniles mais parce que ce sont des pathologies fréquemment rencontrées dans le grand âge, du fait de la perte d'un certain nombre de moyens physiques qui maintenaient jusque là l'équilibre ou du fait de dégénérescences nerveuses plus fréquentes avec l'âge.

Le fonctionnement psychique, dans le cas d'un sujet âgé

Nous avons à faire à un sujet adulte dont la structuration de l'appareil psychique est achevée. Les remaniements demeurent possibles, bien sûr, mais dans le cadre d'une structure établie dont il faut tenir compte lorsque l'on aborde la personne, particulièrement dans le cadre d'un soin.

La perte

La réaction aux pertes successives et répétées annonciatrices pour la personne âgée de la perte de la vie est un élément très important de la vie affective de la personne

âgée. La vie de la personne âgée va donc être remplie de nombreux deuils. Le deuil est en effet régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. Le deuil se caractérise par une dépression douloureuse, la perte d'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer.

Le travail du deuil

L'objet aimé n'existe plus comme l'a montré l'épreuve de réalité ; celle-ci exige que soit retirée la libido des liens qui la retiennent à cet objet. Il s'en suit une rébellion compréhensible qui peut conduire à se détourner pour un temps de la réalité ; et cela peut aller jusqu'à confiner au délire. Normalement, le respect de la réalité va l'emporter mais cela ne peut se faire aussitôt. Il y faut du temps et de l'énergie d'investissement ; pendant ce temps, l'existence de l'objet perdu se poursuit psychologiquement. Le désinvestissement doit se faire sur chacun des souvenirs, chacun des espoirs par lesquels la libido était liée à l'objet. **La dépression est un passage normal du travail du deuil**. Cela paraît être une lapalissade mais il est bon de garder cette évidence à l'esprit dans la rencontre d'un sujet déprimé. Cela évite en effet de se laisser aller à réassurer l'autre par le déni à travers des phrases du genre : « ne vous déprimez pas comme ça... ». La dépression est en effet un passage nécessaire dans le travail du deuil.

Lors de ces différentes pertes, les capacités d'adaptation du sujet sont fortement mises à contribution et la perte est d'autant plus difficile à élaborer quand le sujet se sent lui-même responsable de celle-ci, il s'en veut alors à lui-même (voir en cela la grande difficulté que représente l'abandon volontaire d'un logement par une personne âgée rentrant en résidence ou en maison de retraite). Il s'agit, pour le

Moi de la personne âgée, de trouver sa réponse propre à un double impératif. Il est conduit à devoir accepter la perte, à faire le deuil de ses objets d'amour, mais aussi de la vie et donc de lui-même, tout en ne cessant de rechercher des compensations à cette perte. En effet, **le Moi ne peut qu'échanger un plaisir pour un autre**. Cette crise que constitue la situation de perte, et à terme de perte ultime, mobilise, chez le sujet, les défenses précédemment mises en œuvre dans d'autres situations de perte antérieures. Le paradigme, l'exemple premier en quelque sorte, en a été constitué lors de la phase schizo-paranoïde et lors de l'élaboration de la position dépressive du nourrisson qu'il a été. Le présent ravive les situations antérieures restées en dépôt dans l'appareil psychique sans avoir été élaborées et l'appareil psychique emploie les mécanismes de défenses alors utilisés. Les angoisses de mourir peuvent ainsi, par exemple, raviver des défenses primaires - que l'on qualifiera de schizo-paranoïdes en référence à Mélanie Klein - le sujet exprimant, alors, des angoisses de persécution plutôt que de perte. Et, dans les situations où ce travail de deuil se montrera inaccessible au Moi du sujet, le déni sera la seule possibilité pour échapper à la rencontre de la perte. Le Moi ne faisant que continuer sur le même mode défensif qu'auparavant.

La démence

Comme je l'ai déjà dit, je n'entrerai pas ici dans les détails ; mon propos est de donner ici quelques repères. Dans la démence, l'effectivité de l'appareil psychique lui-même est atteinte ; l'affectivité, toujours présente, se retrouve sans support. On peut dire, en faisant bref, qu'en quelque sorte, dans la démence, le corps a conservé son enveloppe alors que l'appareil psychique a perdu la sienne. Les pensées continuent d'exister alors que l'appareil à les penser est défaillant ; les pensées ne disposent plus de contenant. Il apparaît donc très important que les personnes démentes puissent être psychologiquement entourées comme l'est le nourrisson par sa mère. Il existe, comme le dit Gérard LE GOUES, « une psychopathologie propre à la démence [qui] infiltre le

fonctionnement psychique de la personnalité antérieure ou plutôt de ce qu'il en reste ». Cela nécessite dans le travail avec les déments de sans cesse démêler ce qui reste de cette personnalité antérieure et ce qui provient de la démence elle-même et qui a envahi, plus ou moins la personnalité de l'individu. La pensée close sur elle-même peut être un substitutif, une prothèse à l'insuffisance de l'enveloppe. **Il va donc falloir accepter d'accompagner le dément, souvent sans le comprendre, pour que, se sentant suffisamment entouré, il puisse éventuellement abandonner un instant cette pensée close sur elle-même et qui lui sert de protection, pour que son affectivité transparaisse**. On peut dire, également, que la démence est ce qui du sujet se donne le plus à voir. Cette pensée close sur elle-même et qui prend la place, pour ainsi dire de l'enveloppe psychique défaillante est ce qu'autrui perçoit du dément. A l'intérieur de cette pseudo-enveloppe demeure ce qui reste de la personnalité antérieure, souvent morcelée elle-même par la démence et les déliations quelle opère dans le psychisme. Dans la rencontre des personnes démentes, l'affectivité prime toujours sur toutes les autres formes de la relation. C'est un fait important qui ne doit jamais masquer que nous nous devons de maintenir, nous-mêmes, la distance avec l'autre qui n'en est souvent pas lui-même capable. Le caractère souvent très cru du langage, quand il demeure, chez la personne atteinte de démence, doit nous faire penser que c'est par absence ou défaillance d'enveloppe psychique que la personne atteinte de démence se comporte ainsi.

Les décompensations d'états pathologiques antérieurs

Un certain nombre de personnes âgées, lors de pertes importantes peuvent décompenser. Ces décompensations d'états pathologiques antérieurs consistent en une rupture d'un équilibre, mis en place par l'appareil psychique sur un mode pathologique, entre les pulsions internes du sujet et les composantes de son environnement. Telle personne pourra donc se retrouver psychologiquement malade sans que pour autant sa structure psychique n'ait été modifiée. On peut dire que jusqu'alors la diffi-

culté psychique était compensée par telle ou telle caractéristique de l'environnement du sujet, ou tel ou tel comportement du sujet devenu impossible. Des personnes qui jusque là fonctionnaient d'une certaine manière et qui n'en ont plus les moyens, qui n'en ont plus l'énergie, sont alors contraintes de trouver un autre équilibre sous peine de sombrer psychologiquement.

Le travail du vieillir

Au fur et à mesure de la diminution de l'efficacité du sujet, l'affectivité prend une place différente, elle ne peut plus s'étayer sur ce corps qui ne remplit plus son office et qui apporte, souvent, plus de souffrances qu'il ne procure de plaisirs. Nous pouvons alors assister à un étayage sur une image de la personne « hors temps », sur une image qui serait « de toujours » et dont les « souvenirs d'enfance » constituent le support. La personne âgée se voit, par exemple, enfant, sauter sur les genoux de son père ou bien elle entend sa mère lui conter une histoire au moment du coucher, comme si elle y était. Ces souvenirs semblent immuables. Grâce à leur caractère immuable, ces souvenirs d'enfance, ces tendres souvenirs sont comme les témoins d'une toute puissance infantile de cet enfant vainqueur des détresses du nourrisson, dans une illusion fusionnelle avec la mère. Ces souvenirs, témoin de cette toute-puissance, défient le temps et sont là présents comme au premier jour. Le déni de la réalité peut alors l'emporter. Il empêche alors l'élaboration de la perte et confine le sujet dans cette remémoration stérile qui pourra confiner au délire si, dans la perception du moi, elle prend la place de la réalité. Mais ces souvenirs peuvent aussi constituer des réminiscences permettant une reprise des identifications au père ou à la mère, actuellement morts. Le refoulé peut être réélabéré. Le sujet peut, alors, se replacer dans cette chaîne temporelle. Cela lui apporte sûrement de la tristesse, mais aussi la

possibilité d'une nouvelle organisation psychique. La libido peut alors se détacher des objets investis.

Cette réorganisation psychique a pu être nommée « Oedipe du troisième âge » et c'est bien une crise aussi forte que le premier Oedipe ; les désinvestissements des objets d'amour n'en sont pas plus aisés. Bien sûr, il n'y a pas, dans le cas du vieillard, d'interdit sur les objets d'amour mais plutôt une non réponse de l'entourage, éventuellement un agacement. En effet, l'immense besoin de la personne âgée de recevoir des réassurances fait qu'elle est souvent perçue par l'entourage comme exigeante et égoïste.

La personne âgée en relation

Les personnes âgées sont souvent perçues par l'entourage comme exigeantes et égoïstes. Elles sont aussi souvent perçues comme allant en s'appauvrissant au fur et à mesure qu'elles vieillissent. Les personnes qui s'en occupent sont alors tentées d'essayer de leur apporter, de l'extérieur, des enrichissements, souvent culturels au sens large, afin de pallier à ce qu'elles perçoivent comme la solitude des personnes âgées, solitude qui peut être tout à fait réelle. Cette impression d'appauvrissement n'est pourtant pas constante et un certain nombre de personnes âgées paraissent au contraire très riches et capables de beaucoup apporter à ceux qui les côtoient. Il me semble donc important d'essayer de comprendre ce qui différencie ces deux manières opposées d'être âgées. Même sans qu'il y ait de détériorations organiques, ces différences se retrouvent chez des personnes ayant pourtant également traversé de grandes difficultés et ou de nombreuses pertes, deuils. **Ce qui fait la différence semble donc bien provenir de dispositions internes différentes, en particulier de cette capacité de la personne à faire des deuils**. En d'autres termes, certaines personnes semblent avoir acquis une capacité à garder en elle-même sur un plan psychique, symbolique, ce à quoi il leur a fallu renoncer sur un plan concret. Elles peuvent alors continuer à entretenir des relations avec autrui, car c'est bien la richesse de la vie intérieure qui permet de continuer à avoir une vie extérieure, une vie relationnelle riche. Lorsque le sujet ne parvient pas à faire les deuils auxquels il est confronté, les pertes

réelles peuvent entraîner un appauvrissement psychique ; la dépression envahit le moi ; le sentiment d'avoir perdu les objets d'amour, de ne plus " avoir " se transforme en sentiment de ne plus " être ". Les personnes âgées que ce sentiment de n'être plus rien a envahies, peuvent aussi, comme en retour, laisser s'appauvrir leur vie extérieure, à l'image de leur vie interne, le sentiment de n'être plus rien s'amplifiant alors inexorablement. Nous rencontrons, ainsi, des personnes qui se plaignent de ne plus avoir de relations mais qui sont devenues dans l'impossibilité de les entretenir, à cause de ce sentiment de vide intérieur.

La personne âgée n'est pas différente des autres personnes adultes, elle entre en relation avec les autres d'une manière tout à fait similaire à toute personne adulte. La relation entre deux sujets s'établit au niveau de ce que nous appellerons, à la suite de D.W.WINNICOTT, le lieu de « l'expérience culturelle ». Il s'agit d'une partie de la personnalité, d'une partie du Moi que WINNICOTT décrit comme une aire transitionnelle. C'est à dire qu'il s'agit d'un espace de la personnalité qui est à la fois, intermédiaire entre celle-ci et l'extérieur, et contigu de celle-ci. Cet espace potentiel est un espace de jeu entre l'individu et son environnement dont l'usage est déterminé par les premières expériences du bébé (entre les extensions du moi et le non-moi). C'est un espace potentiel car il n'existe que dans la mesure où il est activé, pour ainsi dire, par la relation. C'est un espace de jeu, dans le sens de ludique, de jeu spontané, c'est à dire un espace dont les caractéristiques sont sans cesse remodelées par l'expérience de la rencontre avec autrui. Cette aire de jeu s'est constituée dans la toute petite enfance lorsque la mère a offert de bonnes conditions au bébé, c'est à dire un passage d'une « pleine adaptation » à « un échec gradué d'adaptation » (autrement dit le passage qu'effectue toute mère « suffisamment bonne » entre une réponse quasi instantanée aux appels du bébé à une réponse différée qui fait attendre le bébé). Cet espace transitionnel, cette aire de jeu du psychisme se met en place grâce à l'expérience de l'absence de la mère (sans que celle-ci n'atteigne l'expérience de la totale solitude et donc de la folie), le bébé fait ainsi l'expérience

d'une séparation qui est une forme d'union. La constitution de cet espace transitionnel ouvre la voie à « la capacité d'être seul », comme l'a dénommée D.W. WINNICOTT. C'est l'épaisseur, si l'on peut s'exprimer ainsi, de cette aire transitionnelle qui permet à l'individu de nourrir « l'aire de la réalité psychique intérieure » à partir du « monde existant dans lequel vit l'individu, monde qui peut être objectivement perçu ». **Dans le grand âge, cette « capacité d'être seul » est mise à rude épreuve.** La solitude devant la vie, solitude qui implique que je suis seul à pouvoir faire ce que j'ai à faire est alors incontournable. La solitude devant la mort a pu être tenue à l'écart la vie durant, le sujet la repoussant dans un avenir lointain. Pour le sujet âgé, ce mécanisme de défense n'est plus possible et l'angoisse peut être très forte. C'est sa « capacité d'être seul », c'est à dire son sentiment d'identité qui permet au sujet de dépasser cette angoisse. Dans le grand âge, ce sentiment d'identité s'étaye également sur la constatation du fait que chaque personne n'a qu'une vie mais que c'est la sienne. Cette constatation, cette acceptation passe par le deuil des autres vies possibles que le sujet peut avoir fantasmées. La capacité d'être seul nécessite ce que nous appelons la présence de « bons objets internes ». Autrement dit, elle dépend de la capacité de la personne à tolérer la frustration, ou comme nous disons, de sa capacité à ne plus considérer l'objet aimé absent comme un mauvais objet interne présent (mauvais parce qu'absent dans la réalité), mais comme une idée d'objet manquant. La capacité de s'aimer soi-même, comme un objet total (en référence à M. KLEIN, l'amour et la haine), dont on apprécie certains aspects, alors que simultanément on en déteste d'autres, constitue une bienveillance de base qui permet d'accepter ses insuffisances, ses maladies... (D. QUINODOZ, 1991) Certaines personnes n'ont pas pour elles-mêmes

cette bienveillance de base et il leur sera nécessaire de la trouver auprès des soignants, ou auprès du psychologue.

La relation soignante à la personne âgée

Des personnes âgées, fortement affectées par des disparitions d'êtres chers, par des pertes diverses et répétées (emploi, considération sociale, environnement) tirent profit d'une stimulation de cette sphère intermédiaire entre rêve et réalité de l'expérience culturelle. La relation soignante tient une place importante dans cette stimulation afin que les personnes âgées gardent une vie affective riche. Il faut absolument retenir le caractère transitionnel de cette « aire de l'expérience culturelle », car c'est lui qui conditionne l'entrée en relation avec autrui. Respecter cette caractéristique de transitionnalité est particulièrement important. Autrement dit et pratiquement, dans le cadre de la relation soignante, pour que soit respecté ce caractère intermédiaire, transitionnel, il faut, à la fois apporter un environnement stable et qui procure des enrichissements et permettre à chaque individu de créer véritablement sa place dans cet environnement et d'apporter ses propres richesses. Nous devons en effet garder présent à l'esprit ce qui se passe pour le bébé qui peut progressivement créer une image de sa mère absente parce qu'il peut compter sur sa présence.

Dans cette optique de permettre aux personnes âgées de garder une vie affective riche, je vais donc essayer, maintenant, d'esquisser les grandes lignes d'une prise en soins des personnes âgées en institution. En premier lieu, **il importe, je pense, pour chaque soignant de clarifier son propre idéal de soins, afin de pouvoir abandonner l'idée toute puissante de vouloir guérir tous les patients.** Cette idée s'imisce, en effet, plus souvent qu'on ne le croit généralement, dans le psychisme de tout soignant entrant en relation avec des personnes âgées. Et ceci s'explique par le fait que la personne âgée projette alors sur le soignant son déni de la réalité dont nous avons parlé tout à l'heure ; alors que de son côté, le soignant peut trouver dans l'illusion de toute puissance un système de défenses contre sa propre dépression devant la perspective de la mort des patients, mort pourtant

naturelle et normale mais toujours difficile à supporter. Il est nécessaire, aussi, aux soignants d'accepter comme soins des actions qui sont plus une incitation des personnes qu'une action à proprement parler. Accompagnement, confort, soutien, prise en compte de la dimension psychologique des maux devront pouvoir faire partie des soins dans l'idéal du soignant, encore plus auprès de personnes âgées qu'au près d'autres patients. La dimension d'équipe soignante sera primordiale, tant la demande du vieillard peut être particulièrement forte et tant elle peut s'exprimer de façon agressive, désagréable, voire psychologiquement violente. Cette équipe soignante devra, en tant qu'équipe également, s'interroger sur son idéal de soins et mettre en place des temps de régulation, de relève qui donne à chacun un espace de parole.

Les équipes soignantes constatent en effet qu'elles sont souvent prises dans des fonctionnements induits par la spécificité des patients âgés. Les plus répandus de ces fonctionnements sont :

Le comportement hypomaniaque, comportement qui tend par une activité constante à tout contrôler et qui permet de lutter contre la dépression sous-jacente, toujours présente, des soignants.

Le comportement persécutoire, lié à une perception dévalorisée du lieu de soin gériatrique.

Le comportement rigide, la rationalisation et le savoir étant utilisés comme un écran défensif.

Le comportement fusionnel qui donne toute la place au relationnel au détriment du soin.

En conclusion, Madame G.

Pour conclure ce tour d'horizon de la vie affective de la personne âgée et de la relation de l'entourage à cette dernière, je souhaite vous parler d'une patiente de 80 ans environ que j'ai suivie en psychothérapie. J'appellerai cette femme Madame G. Elle m'est adressée, au départ, par l'équipe médicale, parce que, très fatiguée, elle est très déprimée et sans ressort psychique. Elle semble se laisser glisser ; elle inquiète beaucoup le personnel soignant, leur apparaissant comme un peu délirante. Il est difficile de lui

prodiguer des soins, tant il semble aux soignants que tous leurs gestes sont ressentis par Mme G. comme des agressions. En dehors des moments subdélirants, cette femme apparaît aux soignants comme intelligente et distinguée. La tendance commune des soignants du service est de penser que ses troubles mnésiques et psychiques pourraient s'expliquer par un problème somatique cérébral. La rencontre régulière de cette dame, parallèlement à des investigations somatiques, montrera que ses troubles psychiques s'originent dans le déni de son état et non dans une quelconque dégénérescence cérébrale. Ce déni étant projeté par cette femme sur l'équipe soignante, cette dernière a été prise dans un déni, à son tour, le déni de l'origine psychologique des troubles de cette dame. Dès la première rencontre, Mme G. m'apparaît très angoissée, très dyspnéique, elle projette fortement son angoisse sur moi. Elle est très consciente de son angoisse et exprime qu'elle a bien besoin du psychologue. Elle pense, en effet, que je pourrai lui apporter une compréhension intellectuelle de ses troubles. Elle aimerait en effet savoir si elle ne devient pas folle ; elle a en effet le sentiment de perdre la mémoire et a peur que ce soit le début de la folie. Il me semble rapidement que cette femme a un système de défense avec des composantes plutôt rigides, que nous appelons obsessionnelles. La perte de ses repères, en particulier avec l'hospitalisation, a mis à mal ces éléments rigides de son système de défense, ouvrant ainsi la porte à l'angoisse. Elle réagit en mettant en place des défenses primaires, d'où son sentiment de persécution qui lui fait repousser les soignants qui s'occupent d'elle. L'écoute de cette femme va lui permettre de nommer ses angoisses. Elle va pouvoir dire combien elle ressent le manque de ses affaires auprès d'elle et combien elle se sent être une plaie pour les soignants. Elle va pouvoir dire, ainsi, progressivement

combien lui manquent ses « objets d'amour ». Elle va exprimer combien elle ne se sent pas capable d'être aimée, ni par les autres, pour qui elle dit être une plaie, ni par elle-même tant elle se reproche d'être comme elle est. Elle va passer par une période, lorsque le transfert sera engagé, où elle m'annonce, à chaque séance, que c'est la fin ; elle s'évoque elle-même comme faisant partie des mourants. Elle demande à être rassurée sur sa normalité. Elle demande à être rassurée, également par rapport à ce qu'elle pense. Progressivement, elle va accepter ses pensées et se remémorer la mort de sa mère puis celle de son père. Elle pourra ainsi parler de son impossibilité à être auprès de sa mère quand celle-ci est décédée. Elle pourra aussi dire, après l'avoir gardé secret au fond d'elle-même et après s'être interdit d'y penser pendant de très longues années, que son père s'était suicidé quand elle avait 33 ans, époque où elle a divorcé, choisissant la liberté. Ses souvenirs qu'elle accepte de se remémorer vont d'abord lui apporter beaucoup de souffrance et elle va rester quelque temps sur le fil entre la réalité et le délire entre le deuil à faire et le déni. Elle sollicite de ma part cette bienveillance de base dont je vous ai parlé précédemment ; elle parle de l'étayage dont elle a besoin. Elle se reconstruit sur les nouvelles bases qui sont les siennes, un corps atteint d'un cancer, une vie d'hospitalisée en long séjour, un monde presque réduit à sa chambre et pourtant assez formidablement ouvert sur l'extérieur, maintenant qu'elle a accepté de s'intéresser de nouveau à ses objets internes. Elle exprime son désir de laisser une bonne image d'elle à ceux qui l'ont connue, lorsqu'elle sera de ce monde, comme cette hospitalisée du service qui est décédée et à laquelle on, et elle, pense avec plaisir.

Jacques BORGY
Psychologue

¹ Texte tiré d'une intervention faite à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers des HCL en 1998 alors que j'étais psychologue au Centre de Gériatrie de Cuire

Les pathologies de la vieillesse sont souvent associées à la démence et on peut se poser la question de la place de la personne âgée en psychiatrie, d'autant plus qu'il s'agit pour la majeure partie d'entre eux, d'un premier contact avec cet « univers ».

En effet, dans notre unité de gériopsychiatrie, nous accueillons des personnes sans antécédents psychiatriques, qui ont toujours été considérées comme normales par leur entourage, ont eu une vie de famille, un travail, ont su faire preuve d'adaptation face à des événements traumatiques (guerres, pertes familiales précoces, placements...).

Ces patients ont tenu le coup jusqu'à ce qu'une nouvelle épreuve, à priori moins douloureuse, les fasse s'effondrer. Nous assistons alors à d'authentiques décompensations, parfois sur un mode psychotique (délires, hallucinations...) rendant délicate la question du diagnostic. Les troubles cognitifs ne concernent qu'une partie des sujets âgés hospitalisés et sont toujours associés à d'autres symptômes.

La vieillesse peut-elle être considérée comme un traumatisme tardif susceptible de toucher tout individu ou a-t-elle un rapport avec des traumatismes anciens refoulés ?

Comme le souligne Jean Guillaumin¹, il existe des traces archaïques d'expériences traumatiques dans toutes les personnalités, même les plus « normales ». Il y aurait en somme un stockage d'un excès ancien d'excitation ; le moi n'ayant pas trouvé le moyen de traiter cette excitation, la maintiendrait à l'état brut, sous forme d'un réservoir énergétique. Tout se passe alors assez bien tant que l'équilibre est maintenu entre les investissements narcissiques et les investissements objectaux. Mais cet équilibre est remis en question lors de la sénescence au profit des investissements narcissiques.

La crise de la sénescence a été considérée par Jean BERGERET² comme la « deuxième crise d'adolescence » car elle soumet l'individu à des remaniements psychiques considérables.

Mais rappelons que la sénescence n'est pas une maladie, ainsi que l'adolescence. Il s'agit seulement d'une étape à traverser, étape marquée de souffrance et de deuils à faire afin d'acquiescer une maturation nécessaire pour aborder cette dernière période de la vie.

Les soignants en gériopsychiatrie sont confrontés à des images identifica-

toires insoutenables. Il est plus rassurant de penser que les effets du vieillissement ont plus d'impact sur certaines personnalités, sur certaines structures, telles que les états-limites par exemple et que l'hospitalisation en psychiatrie ne concerne qu'une catégorie de personnes âgées.

Dans un aller-retour entre le vécu des patients et celui des soignants, nous allons essayer de repérer :

- les mécanismes psychiques en jeu dans le vieillissement,
- leur répercussion sur les soignants,
- la place des groupes dans le dispositif de soins.

Les enjeux du vieillissement.

La vieillesse interroge toutes les assises qui permettent à l'individu de constituer son **identité** :

- son corps
- sa relation à l'autre
- sa relation au groupe social.

Claude BALIER³ ramène l'ensemble des problématiques du vieillissement à un **enjeu narcissique**, enjeu d'identité et d'estime de soi.

A cela s'ajoute l'idée de la mort qui mobilise une angoisse spécifique comme le souligne L. PLOTON⁴ et renvoie chacun à ses problématiques de deuil, de séparation, de perte d'objet réel ou fantasmatique.

Avant de revenir aux différents auteurs qui ont théorisé sur la problématique du vieillissement, nous nous proposons de partir du vécu des patients, de ce qu'ils expriment au sein d'un dispositif mis en place dans notre service, chaque vendredi matin : la réunion soignants-soignés.

Cette réunion rassemble dans le grand salon tous les patients hospitalisés et ceux accueillis en hôpital de jour ainsi que les différentes catégories professionnelles, y compris les agents de service (au total une trentaine de personnes en moyenne).

A partir de plaintes concernant l'absence de sonnette auprès des lits, l'impossibilité de s'enfermer dans leur chambre ou dans les douches, la disparition du linge, les patients évoquent leur confrontation à la **perte** : perte de l'intimité, perte des objets personnels qui renvoient aux différentes pertes affectives, perte de communication, perte d'autonomie. Ils questionnent leurs libertés à l'hôpital, remettent en cause l'hospitalisation sous contrainte, expriment souvent leur colère contre les mesures de tutelle.

Ils interrogent le lien avec l'extérieur : les visites des familles, les permissions... Suite à une panne d'électricité survenue la veille, ils évoquent leur sentiment d'insécurité la nuit, leurs **angoisses de mort**.

La **question de leur identité** est toujours en arrière fond avec la peur de ne pas être vu, reconnu, entendu, cette peur s'exprime à travers la demande d'avoir leur nom sur la porte. En retour, ils attendent des soignants qu'ils affirment leur identité par des badges et aussi des explications sur leur fonction : qui est qui et qui fait quoi ?

Face aux pertes évoquées, ils attendent une protection absolue de la part des soignants, ils convoquent l'image d'une mère venant combler tous leurs besoins, de façon quasi-instantanée.

La relation avec les soignants est un thème récurrent. En effet, les patients expriment le besoin de les repérer, de sentir leur présence, ils disent leur difficulté à nouer une relation avec des intérimaires.

Les soignants et les médecins sont souvent vécus comme tout-puissants. Les patients évoquent leur autorité, la sévérité de certains et dans le même temps en attendent tout.

Autre thème qui revient fréquemment, celui de l'hôpital psychiatrique : qu'est-ce qu'on y fait ? Pourquoi on y est ? Que peut-on en attendre ? Quelle est la représentation d'un soin à l'hôpital psychiatrique, qu'est-ce qu'un service de gériopsychiatrie ?

La souffrance physique est plus facile à reconnaître que la souffrance psychique et ils ont du mal à imaginer ce qu'ils font là, confondant le service avec un nouveau lieu de vie.

La vieillesse est placée sous le signe de la perte mais, comme le rappelle Pierre CHARAZAC⁵ « *les pertes ne suffisent pas pour comprendre les tableaux pathologiques qu'on leur rattache. Pourquoi, en effet, un événement ou un déficit n'aura-t-il pas les mêmes répercussions d'une personne à une autre ?* ».

Un deuil renvoie toujours à des deuils anciens, plus ou moins élaborés. L'acceptation des pertes subies dépend donc de la capacité du sujet à faire des deuils et à élaborer la position dépressive décrite par Mélanie KLEIN⁶.

La capacité à éprouver la position dépressive tout en conservant l'amour de soi permet au sujet de se défendre de façon adaptée contre l'expérience de la perte. Dans le cas contraire, les défenses prennent une forme pathologique :

délires tardifs, excitation maniaque, agressivité, régressions, opposition passive et active, refus alimentaire... tout un festival de symptômes déployés sur la scène de la gériopsychiatrie.

La souffrance des soignants

Les pertes de la sénescence s'inscrivent donc sur un fond d'hémorragie narcissique qui va se contaminer au niveau des soignants.

En effet, les soignants du service s'expriment souvent sur le mode de la plainte, pour ne pas dire de la complainte. Certains auteurs ont fait la distinction entre la plainte et la complainte. Pour eux, la plainte concerne une demande précise, alors que la complainte est d'une toute autre nature. Nous avons tous en mémoire des patients dont les plaintes incessantes finissent par agacer et à décourager toute une équipe car aucune réponse ne peut les apaiser.

La complainte est une façon de communiquer l'incommunicable. L. MORASZ⁷ écrit : « *en théorie, la plainte relèverait plutôt d'une réponse concrète, précise et adaptée, tandis que la complainte demanderait à être écoutée et accompagnée. Formulée différemment, la plainte demanderait à être traitée et la complainte à être pensée.* »

Le soignant par le biais de la plainte exprime ce qui fait « mal » ; il signale sa souffrance sans pouvoir en déceler son origine. L. MORASZ invite à prendre en considération toute plainte car « *tout symptôme fait souffrance et que toute souffrance génère une plainte* ».

Face à la plainte des soignants, il est illusoire de répondre dans la réalité mais il convient de s'interroger sur la place et la fonction de la plainte pour eux. Le ressassement de la plainte a une fonction de protection narcissique du soignant qui cherche davantage à se faire entendre que comprendre.

Pour être entendue, accueillie, reconnue comme un appel au lien, au lien avec l'autre, celui qui peut entendre. La plainte sollicite l'autre à l'endroit de sa reconnaissance et pas seulement de ses connaissances. Il s'agit d'être là, face à eux et à leur souffrance. Mais que s'agit-il d'accueillir à travers ces plaintes incessantes ?

La plainte s'exprime souvent au moment de la pause-café, après le temps des toilettes du matin.

Ce temps de prise en charge est un moment difficile pour l'équipe qui accentue le clivage entre les professionnels chargés des soins corporels (infirmiers, aides-soignants) et les autres



(médecin, psychiatre, psychologue).

Que nous disent les soignants à travers cette plainte ? Ils nous font savoir que nous ne partagerons jamais avec eux cette souffrance puisque nous, nous n'y sommes pas directement confrontés. Chaque matin, ils vont partager l'intimité des patients, souvent les contraindre à se lever, se laver, s'habiller, déjeuner. Le **corps** de la personne âgée va être exposé, dévêtu, lavé, regardé, être l'objet de la rencontre, en lieu et place des mots.

A la vision quotidienne des corps déchus s'ajoutent l'incontinence, les matières fécales déposées ci et là, exposées ou cachées, les troubles du comportement, la violence parfois des patients au moment des toilettes.

La **colère** et l'**agressivité** font partie des éprouvés quotidiens des soignants. Mais comment supporter ce sentiment d'agressivité sans culpabilité ? Comment en vouloir à ceux qui ont déjà tout perdu et dont le temps est compté ? La pratique gériopsychiatrique confronte les soignants à des **images parentales déçues** et inverse les rôles parents-enfants. L'enfant de jadis devient alors celui dont va dépendre le vieillard, au grand risque de voir apparaître le désir ou le **peur du désir de faire mal** au patient âgé.

La confrontation aux différentes pertes liées au vieillissement, y compris la perte de mémoire des patients déficitaires, constitue une blessure narcissique quo-

tidienne pour les soignants en gériopsychiatrie, et interroge à son tour leur assises identitaires.

Une infirmière du service exprime ainsi son désarroi : « Est-on soignant quand on passe son temps à ranger des placards, à chercher la veste ou les lunettes de Mme C, retrouvées dans la chambre d'une autre ? »

Autant d'attaques de l'**idéal soignant** : soulager, guérir, empêcher de mourir. A cela s'ajoute l'idéal de chacun face à ses aïeux : les aimer, les respecter, attendre d'eux une transmission, une image de la vieillesse à laquelle on pourra s'identifier.

Prendre en charge des patients âgés suppose de prendre le risque de déprimer au quotidien.

Face à l'insupportable, la tentation est grande de rigidifier ses défenses, de devenir « opérationnel » pour ne pas dire opératoire, de dénier ses affects et d'éviter soigneusement tout investissement.

La fonction du psychologue n'est pas épargnée par les attaques narcissiques des patients : pas de demande, peu d'intérêt pour la vie psychique, voire une forte opposition. Du côté des soignants, leur rythme actuel rend difficile les temps d'échange et d'élaboration. Comment lutter et se réapprovisionner narcissiquement afin de soutenir nos investissements dans la durée ?

Les prises en charges groupales.

Les différents projets de soin vont être élaborés en lien avec les remarques précédentes.

En effet l'hétérogénéité des pathologies accueillies désorganise régulièrement l'appareil psychique de l'équipe soignante, composée d'anciens diplômés (infirmier psychiatrique) dont la spécialité a disparu et de nouveaux diplômés. La question de l'identité professionnelle du soignant en gériopsychiatrie est régulièrement interrogée, faisant écho à la désorganisation identitaire des patients.

La vieillesse est caractérisée par la perte de la libido, l'appareil psychique se modifie, le préconscient s'amenuise. Or c'est cette instance qui assure la liaison pulsionnelle. Il y a aussi un remaniement du moi et des identifications. Vieillit-on comme on a vécu ? Les personnes bien outillées mentalement, riches libidinalement et capables d'investissement perdent moins que celles qui étaient très peu nanties. La richesse de la personnalité est indéniable.

Savoir maintenir des investissements qui réapprovisionnent narcissiquement est un garant contre une déliaison pulsionnelle (Marion PERUCHON[®]).

La menace permanente est celle de la déliaison, aussi bien celle du patient que celle de l'équipe. Il est donc indispensable de penser à notre capacité d'« **accueil psychique** » en amont de tout autre soin. Accueillir un patient est un travail d'équipe et suppose la constitution d'un **groupe de soignants** dans une institution c'est-à-dire « *un ensemble d'individus qui interagissent en*

Lors des réunions, on parle de la nécessité des règles et de leur respect dans l'institution.

L'équipe soignante fournit un étayage narcissique contre l'envahissement pulsionnel et environnemental. La présence des soignants permet des identifications multiples et variées.

L'expérience groupale peut être un moment de restauration narcissique avec un effet structurant pour les patients. Le travail en groupe crée un contenant de la pensée et de l'excitation, les angoisses sont plus supportables parce que partagées.

Ces réunions et surtout le travail d'interrogation qui a suivi chacune d'elle dans ce temps que nous appelons debriefing permettent une remise en cause du sens qu'on attribue aux choses, d'oublier notre savoir-faire parfois, le questionner pour le rendre vivant et en perpétuel mouvement.

Le but étant de retrouver le contact, l'empathie envers les états extrêmes et s'appuyer sur le groupe des soignants pour tenir.

Elles participent à **créer et/ou renforcer un sentiment d'équipe**, au sens défini par Denis MELLIER[®], à savoir que l'équipe est un groupe institué qui a son histoire, un fonctionnement psychique qui lui est propre, une tâche spécifique **d'accueil**.

Si la fonction d'accueil est travaillée, les soignants sont mis dans la position d'appareil à penser les non-pensées des sujets, pouvant alors exercer leur fonction alpha décrite par BION.

Les temps de debriefing renforcent l'identité groupale des soignants par interaction et intégration du travail effectué en commun.

En effet, les soignants expriment souvent leur étonnement devant la réaction de certains patients qui, malgré leurs déficits cognitifs, conservent une prestance, une adaptation à cette réunion.

Or, l'étonnement devant un patient permet de relancer le soin, l'idée du soin, ça encourage.

Il est important d'avoir en tête la complexité du patient, afin de ne pas le réduire à un statut d'objet, de ne pas le « chosifier ». Cette réunion propose un cadre dans lequel se déposent des signes émanant du patient et l'élaboration à plusieurs nous permet de mieux le connaître. Evaluer, apprécier la valeur de ce qui vient de lui par ces signes peut tenter de le ramener parmi nous.

L'équipe, renforcée dans son identité est alors plus en mesure d'accueillir.

A cette condition, une rencontre peut avoir lieu, une place peut être reconnue à chacun et on peut espérer que le

patient retrouve une unité perdue, un sentiment d'identité sociale, la responsabilité de sa parole et de lui-même, l'intériorisation d'un cadre interne.

Les autres groupes (parole, photolangage, musique, activités physiques, esthétique, pâtisserie...)

Notre projet de service accorde une grande place à la prise en charge groupale dans le soin.

Le dispositif groupal est en lien direct avec la tâche primaire de l'unité, de contenir et dépasser la crise. Pour certains patients, leur état psychique et physique rend impossible les entretiens individuels ou l'utilisation de la parole ; il convient donc de leur proposer des groupes différents, avec et sans médiation, afin de favoriser une restauration narcissique et un réinvestissement de soi.

Quelques fonctions thérapeutiques du groupe :

Le groupe permet de se construire ou reconstruire un sens de soi en tant qu'individu ayant le droit de vivre et d'occuper un espace affectif. Il représente une importante expérience d'appartenance et d'affirmation du droit d'exister.

La perte d'un groupe de référence est une grosse perte. Les personnes âgées accueillies ont perdu leur groupe d'appartenance (groupe familial, groupe de travail, groupe d'amis...).

Dans le groupe, plus que dans une situation duelle, le fait de voir des personnes, le contact physique (voix, odeurs, émotions, bruits...), les mouvements, la présence d'une assemblée active et performante sont d'une grande importance et peuvent redonner un sentiment de sécurité et d'appartenance à un groupe d'humains.

Les patients découvrent que certaines difficultés et certaines craintes qu'ils pensaient être les seuls à avoir, sont au contraire communes à tous ou à la majorité des présents. Cette découverte les libère, du moins en partie, des sentiments de honte liés à leur état.

Le fait d'entendre d'autres dire ce que l'on avait du mal à énoncer permet de mettre ses propres mots sur la situation évoquée et d'identifier ce qui se passe en soi et autour de soi.

L'étayage groupal assure plusieurs fonctions :

- une fonction de contenance.
- une fonction défensive : fonction de suppléance anaclitique contre les effondrements des étayages internes.
- une fonction de réassurance contre l'état primordial de détresse et contre la peur d'être seul dans le noir.

L'appartenance au groupe recrée du lien social. L'amitié et la complicité qui se développent entre ses membres contribuent à recréer du lien social dans une période de vie au cours de laquelle les personnes en deuil ressentent une grande marginalisation sociale. Le groupe permet au sujet de découvrir ses propres capacités aidantes.

Du côté des soignants :

Les groupes leur permettent d'avoir un autre rapport aux patients, de sortir du quotidien, de changer de regard sur eux, d'accepter leurs limites et parfois d'être étonnés par eux. Ils sont une aide au diagnostic et améliorent la prise en charge globale du patient.

Mais l'institution voit l'isolement et le plaisir des groupes comme une menace. Il est donc nécessaire de toujours replacer les groupes dans l'institution et de les relier aux autres modalités de la prise en charge (entretiens individuels ou familiaux, quotidien...).

Le cadre de chaque groupe est dans un rapport d'emboîtement et de réciprocité avec le cadre de l'institution, et il s'agit de travailler ce qui s'y passe en lien avec les autres groupes. En effet, ce sont aussi les cadres théoriques des soignants qui organisent ces groupes, cadres contenus également dans l'institution. Chacun participe donc au maintien et à la réciprocité des cadres. La liaison faite en équipe entre les entretiens, les groupes, le quotidien permet de comprendre, à travers la diversité des membres de l'équipe, la complexité des conflits internes d'un patient.

Conclusion

Sans chercher à établir un degré de souffrance psychique dans la prise en charge de telle ou telle pathologie, on peut faire l'hypothèse que la confrontation au sujet âgé à l'hôpital psychiatrique est plus douloureuse pour les soignants car elle sollicite imaginativement la question de leur propre vieillissement et de leur mort.

L'absence d'antécédents psychiatriques nous interroge sur notre propre devenir : la vieillesse nous fera-t-elle faire l'expérience d'une hospitalisation en psychiatrie ?

Inversion des rôles parentaux, restes oedipiens mal résolus, confrontation à toutes sortes de pertes... notre appareil à penser est mis à mal.

C'est l'occasion de rappeler l'importance d'instituer des dispositifs de liaison et de pare-excitation afin de soutenir la psyché des membres de l'équipe, qui pourra à son tour accueillir celle des patients.

Parmi ces dispositifs, on peut citer tous les temps mis en commun pour réfléchir sur notre pratique (compte-rendu des groupes, des entretiens individuels et familiaux, synthèses, supervision, formation et activité théorique continue).

Le travail d'équipe est un pilier de la fonction soignante de l'institution mais demande un investissement important de temps et d'énergie, au moment où l'hôpital psychiatrique est en crise. En effet, en ces jours de pénurie médicale et de personnel soignant, où la priorité est donnée à la gestion des moyens matériels, on peut se demander quelle dimension on accorde au soin institutionnel, à la dimension clinique de tel ou tel dispositif soignant.

Lisette FABRE
Psychologue Clinicienne

BIBLIOGRAPHIE

1. GUILLAUMIN J. « Le temps et l'âge » réflexions psychanalytiques sur le vieillir In *Le temps et la vie*, Lyon, Chronique sociale, 1982.
2. BERGERET J., La deuxième crise d'adolescence. In *Le temps et la vie*, Lyon, Chronique sociale, 1982.
3. BALIER C, « Théorie narcissique du vieillissement » In *L'information psychiatrique* Vol.55 n°6.1979.
4. PLOTON L., - La souffrance des soignants en gériatrie, *La Revue de Gériatrie*, Tome 6, n°3, Mars 1981.
5. CHARAZAC P. - Psychothérapie du patient âgé et de sa famille. Dunod, Paris, 1998
6. KLEIN M. « Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs » In *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1976.
7. MORASZ L., *Le soignant face à la souffrance*, Dunod, Juin 1999, Paris.
8. PERUCHON M. et THOMERENAU A. *Destins ultimes de la pulsion de mort* ; collection Psychismes, Dunod, Paris, 1992.
9. MELLIER D. « L'appareil psychique d'équipe ou le travail intersubjectif des liens entre accueillants et accueillis en institution » In *Revue psychanalytique de Groupe*, n°32, Toulouse, Erès 1999.
- BIANCHI H., « Brèves remarques sur la réactivation de la problématique oedipienne à la fin de la vie » In *Dialogue* 79, 1er trimestre 1983.

S'il existe une opinion assez bien partagée à propos de la fin de vie de la personne âgée, ce serait que cette période nous apparait « plus naturelle » qu'aux autres âges de la vie. Non tellement qu'il soit si naturel qu'à partir d'un âge avancé, la mort vienne ponctuer irrévérablement ce parcours de vie; mais surtout parce qu'à n'importe quel autre âge, nous ne pouvons que ressentir un sentiment de sanction « contre-nature ».

Mais l'expression de cette opinion générale témoigne aussi de la confusion entre nos représentations de « mort » et de « fin de vie » ; peut-être aussi de notre angoisse à nous représenter non plus potentiellement mais réellement mortel.

Or, le temps de la fin de vie fait partie de la vie. Cette étape de la vie a ses caractéristiques propres. Le développement des soins palliatifs nous permet de mieux connaître cette période, et, nous propose d'être plus fidèles à la réalité en abordant ces situations sous l'angle de l'accompagnement.

De quelle expérience s'agit-il quand on a l'occasion d'accompagner un sujet en fin de vie ? De quelle expérience de vie s'agit-il pour l'accompagnant comme pour l'accompagné ?

Et, l'âge du mourant, cet âge avancé induit-il des particularités à cet accompagnement ?

La dignité du patient ainsi que son besoin de relation restent les bases de son sentiment de sécurité

Des valeurs et du modèle des soins palliatifs.

Historiquement, la finalité de la médecine et des soins est la guérison. Et quand la guérison n'est plus possible, le déni et/ou l'irrationnel viennent suppléer au manque de progrès observables des soins et éviter ainsi la confrontation avec l'idée de la mort du sujet.

Ce n'est que récemment, quelques décennies au plus, que certains soignants ont affirmé que la mort pouvait être une finalité acceptable pour des soins de qualité, et que le temps précédant cette issue restait intégralement inscrit dans la vie du sujet (« être vivant jusqu'au bout ») Ainsi, les soins palliatifs ont-ils affirmé toute leur spécificité autour de valeurs fortes et les soignants les ont mises en pratique dans les « unités de soins palliatifs » (USP). Les soins palliatifs naissent dans l'exigence éthique de procurer au patient une qualité de vie optimale. Concrètement, ceci se traduit par le souci permanent de soulager la douleur. Par le terme de douleur, il faut bien entendre douleur globale, c'est à dire prise en charge tant dans ces composantes biologiques, que psychologiques et sociales.

La douleur physique est apaisée par des moyens modernes et efficaces médicamenteux (« morphine » et tous les autres antalgiques) ou non qui apporteront un confort, base indispensable au maintien de la relation. C'est dans cette exigence permanente à soulager la douleur que les soins palliatifs apparaissent dans leur aspect le plus technologique et le plus médicalisé. Mais il faut comprendre cette compétence davantage comme une base que comme un but. C'est seulement lorsque l'antalgie est contrôlée, que le patient est « confortable » comme on dit, que les soins prennent vraiment tout leur sens.

Emmanuel HIRSCH rappelle que « la mort d'un homme n'est jamais réductible à de simples questions d'ordre pratique », qu'il existe donc pour les accompagnants une série d'exigences au-delà de l'antalgie et des soins de base (hygiène, alimentation, ...).

La dignité du patient ainsi que son besoin de relation restent les bases de son sentiment de sécurité. La sensation d'abandon ou de fuite peut être éprouvée, et du fait de la vulnérabilité (au moins

physiologique) prendre un caractère plus traumatique encore. C'est notre « devoir d'humanité » d'être présent, « d'être là » comme le signifie l'expression traditionnelle de « tenir la main », qui plus que la contiguïté physique des sujets signe notre communauté de destin humain.

La présence et la disponibilité des soignants comme de l'entourage sont les bases de la prise en charge de la détresse psychologique et de l'émergence d'une « parole vraie ». Une réelle pluridisciplinarité des intervenants permet un accompagnement très individualisé, centré sur les besoins propres du patient, et favorise les décisions collégiales. Des bénévoles formés renforcent l'équipe soignante.

L'USP est le modèle-type issu de l'application des concepts des soins palliatifs. Mais tous les soins palliatifs ne se ne prodiguent pas dans ces unités. En effet, l'USP a des caractéristiques exigeantes (faible nombre de patient, équipe pluridisciplinaire complète, espace famille, équipe de bénévoles, activité de formation et recherche, ...) qui ne peuvent être réunies partout. Les lits d'USP sont donc destinés aux situations les plus difficiles, celles dont la prise en charge réclame des moyens humains ou techniques supérieurs à la dotation des autres unités.

Les situations palliatives les plus fréquentes peuvent généralement être tout à fait prises en charge dans une unité d'hospitalisation ou d'hébergement, à condition que les intervenants soient formés, motivés et disposent d'un minimum de moyens.

La prise en charge à domicile ne pose souvent pas plus de problèmes, avec la condition supplémentaire que la famille ou les proches soient partie prenante de ce projet de soin.

En gériatrie, les soins palliatifs ont naturellement toute leur place, mais le recours aux USP pour les patients très âgés n'est pas le cas

habituel. Ces soins ne réclament qu'exceptionnellement un changement de lieu pour le patient. Les équipes mobiles de soins palliatifs sont des alliés efficaces pour aider et renforcer, en institution comme au domicile, les accompagnants professionnels ou naturels les moins aguerris.

Des multiples temps de la fin de vie

La fin de vie est une période indéfinissable chronométriquement. Quand commence-t-elle ? A côté de la réponse philosophique qui considérerait que l'homme naissant mortel, sa fin de vie débute alors dès sa conception, il nous faut mettre cette question en rapport avec notre vision de notre propre mort.

L'enfant est réputé méconnaître le caractère irréversible de la mort dans ses premières années. Et, sorti de la période adolescente où ce thème exerce souvent une fascination parfois morbide, le jeune adulte est peu intéressé par le sujet, sauf expérience personnelle douloureuse.

Ce sont les crises de milieu de vie qui ancrent en nous ce questionnement, pour en faire une pensée plus ordinaire.

Notre avancée en âge, et les disparitions des plus proches sont les facteurs principaux de notre prise de conscience de notre condition de sujet potentiellement mais inéluctablement mortel.

Les problèmes de santé, et la « découverte » concrète que notre corps devient moins parfaitement fiable et disponible à satisfaire l'ensemble de nos besoins physiques, nous amènent à intégrer à notre « vision du monde » l'inquiétant pressentiment de notre fin de vie.

Mais ce sera une certitude quant à « l'épuisement de notre potentiel de vie » qui inaugurera la période de notre fin de vie. Cette certitude est héritée de la maladie, de l'accident, ou simplement de l'âge. C'est une réalité externe (la maladie) qui se double d'une réalité interne (« je sais que je vais mourir »).

Dit plus concrètement, il arrive un moment de la vie où le sujet sait que son décès fait partie des prochaines étapes à venir, des rares événements importants qu'il lui reste à vivre.

Ou dit autrement, la fin de vie débute lorsque le sujet sait qu'il ne lui reste la possibilité de ne mener à bien plus que quelques projets. Qu'il n'a plus « toute la vie devant soi ».

Quand la maladie est présente, ce temps de fin de vie correspond tout à fait à « la phase palliative » de l'évolution de la pathologie. L'espoir de guérir n'est plus raisonnable, le temps « est compté », sans que la maladie n'ait nécessairement diminué l'autonomie de la personne.

Cette phase palliative est elle-même décomposable en périodes plus courtes.

Lorsque la maladie (où l'épuisement physiologique dû à l'âge) progresse, arrive alors la « phase terminale ».

Pour reprendre la manière précédente de s'exprimer, c'est à cette phase que le décès devient le prochain événement certain du sujet. Il n'est plus temps de mener à bien les projets envisagés. L'autonomie du sujet se restreint considérablement, mais son potentiel relationnel est généralement conservé.

Ce n'est qu'ensuite que commence la « phase agonique » qui mènera au décès. Désormais, la « frontière » entre vie et mort semble moins apparente. Et si ce n'est certainement pas la mort, de quelle sorte de vie s'agit-il ?

A ce stade, les capacités relationnelles du sujet sont généralement anéanties ou très amoindries.

Ce découpage chronologique de la fin de vie, peut-être un peu indécent, rappelle à ceux qui ne veulent pas l'entendre que les soins palliatifs sont autrement plus vastes que les soins terminaux. Ils n'ont pas pour objectif le décès du patient, ils s'inscrivent dans la vie du sujet, dans sa façon personnelle de construire les étapes de son existence. Construction-matu-

ration qui réclame un compromis entre désirs et réalité, comme entre singularité et groupalité ; ce qui n'est vraiment pas un cas particulier dans le développement de l'individu.

Enfin, ces références chronologiques ne constituent pas de limites temporelles, leur durée se révèle a posteriori et est d'une extrême variabilité suivant les situations.

Pour le sujet âgé, plus affecté par le « poids des ans » que par une pathologie spécifique, la fin de vie peut de fait être très longue. Depuis longtemps parfois, le sujet a le sentiment que plus rien ne viendra désormais modifier le cours de son existence, hormis cette mort qu'il souhaite parce qu'il sait que « les bonnes années sont derrière lui » et que l'idée même de faire « des projets » devient une farce.

Le quotidien, réduit aux activités les plus inévitables, ressemble à une répétition, sans que l'on sache s'il s'agit de la répétition ennuyeuse de la journée de la veille, ou la répétition plus tragique de la mort qui viendra demain.

Cette triste fin de vie semble correspondre à certains de nos résidents hébergés en institution, dont la dépendance est avérée. Ou à nos très grands vieillards qui se résignent plus qu'ils n'apprécient d'être « encore là ».

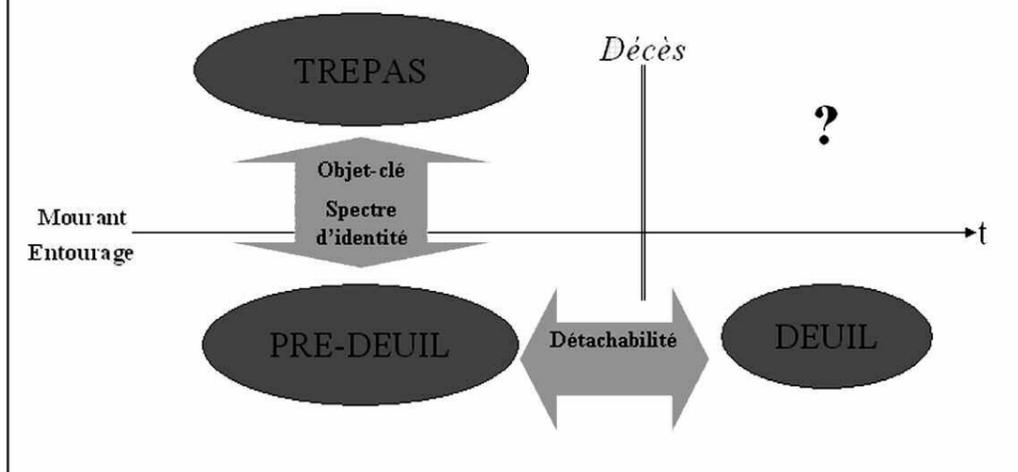
Elle ne s'applique pas aussi bien à ces autres personnes d'un âge certain qui ont encore « tellement à faire », et ont psychologiquement vieilli beaucoup moins vite que physiquement.

Le deuil à venir doit-il être préparé, et l'accompagnement peut-il avoir cette fonction ?

Des possibles enjeux psychiques de la période de fin de vie

La simple observation de la pénibilité et la cruauté des vécus des accompagnants suffit à nous confirmer leur extraordinaire vulnérabilité psychologique. L'accompagnement de fin de vie

Enjeux psychiques dans la période de fin de vie



est une période émotionnellement éprouvante.

Reste alors à s'interroger sur l'activité psychique propre à ce temps particulier de la vie.

Tant que le sujet est vivant, le deuil ne peut pas être d'actualité, et ce ne sont qu'excès de langage qui font autant parler du deuil dans cette période. Mais le concept de deuil est devenu une référence forte et bien connue, aussi est-il plus commode d'organiser notre pensée et notre langage autour de ce repère fiable. Le concept de pré-deuil qui serait plus conforme à la situation ne parvient pas à s'établir avec la richesse qu'il lui conviendrait. Il est généralement réduit à sa compréhension temporelle de période précédant le deuil, sans mention psychodynamique spécifique alors qu'il est évident que les mécanismes libidinaux du deuil ne s'appliquent pas ici.

Le deuil à venir doit-il être préparé, et l'accompagnement peut-il avoir cette fonction ?

Cette vision quasi-préventive de l'accompagnement se justifie théoriquement par la connaissance de la psychopathologie du

deuil. En effet, nous savons que certains deuils s'écartent, plus ou moins durablement, de « la voie normale » et produisent des états pathologiques.

FREUD a identifié l'origine de ces désordres dans un traitement inefficace des investissements sur l'objet, la nécessité de les retirer étant mise à mal par une fixité d'une partie de cette somme d'investissements. C'est de l'impossibilité à liquider suffisamment les investissements de type narcissique que s'ensuit l'évolution pathologique vers la mélancolie. Benno ROSENBERG, dans un autre contexte, a traité également des liens entre investissements de type narcissique et de type objectal, et de la difficulté du travail de mélancolie par excès d'investissement de type narcissique.

Il introduit la notion de détachabilité, correspondant à la possibilité qu'aurait le sujet de retirer ou non ses investissements sur l'objet en cas de nécessité. Pour lui, la cause de non-détachabilité ne peut être que l'investissement narcissique d'objet. La mise en route du travail de deuil passe par un travail préalable (travail de mélancolie) qui produit la liquidation de ces investissements narcissiques. Au décès d'un être proche et aimé,

nous savons parfaitement qui nous perdons mais ne mesurons pas ce que nous perdons à travers lui. Nous méconnaissions les investissements attachés à lui.

Si nous le voulons bien, le temps de l'accompagnement n'est pas d'une durée si courte; et est très favorable à la requalification des liens entre le mourant et le pré-endeuillé. Nous avons le temps de comprendre mieux ce qui nous rapproche, ou nous éloigne, quelles peuvent être nos ressemblances et nos différences. C'est un travail tout à la fois relationnel et introspectif.

L'intensité émotionnelle éprouvée est la face observable du travail psychique s'opérant en nous.

Si nous ne nous y dérobons pas, au fil de l'accompagnement, nous nous rappelons le chemin parcouru ensemble, et nous préparons celui à venir sans sa présence.

C'est dans cette perspective que je crois que le pré-deuil est une étape de préparation ou d'accès au travail de deuil.

A contrario, la survenue brutale d'un décès n'offre pas ce temps d'accompagnement et est un réel facteur de risque pour le deuil pathologique. Dans ces situations, le sujet éprouve la séparation non plus sur le mode de la détachabilité, mais plutôt celui de l'arrachement, autrement plus traumatique.

Mais je peux m'écarter de cette vision préventive de l'accompagnement, et y reconnaître une étape maturative de la personnalité du sujet. Les personnes qui ont accompagné un proche dans le terme de son existence en retirent souvent une expérience de vie qui les a « fait grandir » psychologiquement, spirituellement aussi.

Cette autre conception de l'accompagnement est influencée par l'évolution même du sujet en fin de

vie. La personnalité de certains connaît en peu de temps des changements importants et parvient parfois à une étape de développement inouïe. Les témoignages de Marie DE HENNEZEL sont poignants, sur ce point.

Le psychanalyste Michel DE M'UZAN a proposé dès 1976 une notion originale sur les remaniements psychiques vécus par le sujet se sachant en fin de vie. Il nomme et décrit ainsi le travail du trépas, dont les caractéristiques essentielles sont « l'expansion libidinale et l'exaltation de l'appétence relationnelle ». Mais intéressons-nous à ce que peut induire chez l'accompagnant le travail du trépas à l'oeuvre chez le mourant.

Michel DE M'UZAN nous indique combien la relation d'accompagnement est intense, et comment accompagnant et accompagné se trouvent pris dans un spectre d'identité particulier où ce qui se joue chez l'un interagit nécessairement chez l'autre. Il nous décrit également et précisément la fonction d'objet-clé qui peut être assignée à l'accompagnant.

Ces divers éléments, et surtout la puissante économie inconsciente qui les relie, font comprendre qu'il est humainement impossible de ne pas se sentir concerné et bouleversé par la fin de vie d'un proche.

C'est justement cet état de bouleversement qui modifie notre équilibre psychologique (à tel point, que souvent l'accompagnant « ne sait plus où il en est », il « en devient fou »).

L'implication personnelle dans l'accompagnement place le sujet dans un état de crise qui « explose » littéralement sa structuration psychique. Son

existence propre n'a plus de certitude et il assume pour partie les désirs et angoisses de la personne accompagnée. Ses limites psychoaffectives sont mises à rude épreuve, ses limites physiques également (le terme de « calvaire » est très généralement employé pour décrire leur vécu interne, mais contrebalancé par un éprouvé de richesse relationnelle et d'utilité sociale).

A cette phase destructurante succèdera l'émergence d'un autre profil psychologique. L'accompagnant se décrira enrichi et changé par cette expérience, plus mûr également.

Et nous constaterons que ce changement, cette maturation psychique provient de la confrontation avec le mourant aux prises avec son propre travail du trépas.

C'est un « effet collatéral » du travail du trépas que d'induire chez l'accompagnant une étape de maturation de la personnalité. Si, bien sûr, l'accompagnant a pris le risque personnel de ne pas abandonner, ne pas fuir.

Pré-deuil : voie d'accès au deuil ou étape de croissance personnelle ? Personnellement, je ne privilégie aucune de ces visions. Je les associe même dans une conception globalisée de l'accompagnement, temps de rencontre autant des fragilités que des richesses de l'autre et de soi.

Jacques BOISSIN
Psychologue Hospitalier
Chargé de cours
à l'Institut de Psychologie



Bibliographie

- FREUD Sigmund, 1917, « Deuil et mélancolie », in *Métopsychoanalyse* Folio Essais, 1968, 187 p.
 DE M'UZAN Michel, 1977, *De l'art à la mort*, Gallimard, 203 p.
 ROSENBERG Benno, 1986, « Le travail de mélancolie, ou la fonction élaborative de l'identification ou le rôle du masochisme dans la résolution de l'accès mélancolique », in *RFP*, 6, 6, 1523-1543
 HIRSCH Emmanuel
 « Partager nos devoirs d'humanité », in *Gérontologie et Société*, n° 90 - Septembre 1999 - pp. 69-81



Institut de Psychologie
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex
Tél. 04.78.77.23.23
Poste 20.59

e-mail :

aclaire_froger@yahoo.fr

Marc-Antoine.Buriez@univ-lyon2.fr

Site WEB Canal Psy :

http://psycho.univ-lyon2.fr

puis «RECHERCHE» de Canalpsy

CANAL PSY

Institut de Psychologie
Université Lumière Lyon II
5, av. P. Mendès France
69676 BRON Cedex

Je m'abonne à Canal Psy, pour un an (5 numéros) à partir du mois de _____ 200__

et retourne ce bulletin accompagné d'un chèque de :

o 16,50 € étudiants Lyon II

o 22,00 € professionnels

o Commande de Numéros

N° : (Coûts ci-contre)

libellé à l'ordre de l'Agent Comptable de l'Université Lumière Lyon II .

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél : _____

e-mail : _____

Qualité (étudiant en ou profession) : _____

(merci de joindre le cas échéant une photocopie de la carte d'étudiant.)

CANAL PSY

Les derniers numéros

N° 57 - Février - Mars 2003

Dossier : Le phénomène Sectaire

Clinique du fanatisme par Bernard CHOUVIER

Les mécanismes de l'embrigadement sectaire par Michel MONROY

Lorsque les médias traitent des sectes, exemple de Raël par Noëlle D'ADAMO

N° 58 - Avril - Mai 2003

Dossier : Masculin et poids du genre

Le Dandy aux sources de l'identité masculine par David TACIUM

Le héros de bandes dessinées «Rahan» : De l'errance généalogique à la paternité par Pascal HACHET

Crime passionnel, Crime ordinaire par Annik HOUEL, Patricia MERCADER, Olga SOBOTA

N° 59 - Juin - Juillet 2003

Dossier : Culpabilité : manque

L'enfant cassé, Interview de Cath BONNET

Adolescence et culpabilité par Ann Claire FROGER

Sentiment de culpabilité et création par Monique DOMENGET

N° 60 - Octobre - Novembre 2003

Dossier : La mémoire

10 ans de CANAL Psy par Alain-Noé

Je nous souviens, tu me souviens. La mémoire, entre singulier et pluriel par Jean-Marc TALPIN

Legs de tensions identitaires à l'usager de drogue par Solène BOITEUX

N° 61 - Décembre 2003 - Janvier 2004

Dossier : L'approche cognitive des émotions

Interview de Robert MARTIN

L'intelligence émotionnelle par Sonia BECHET

Réponses émotionnelles aux stimulations sensorielles par Laurie BRUN et Olivier ROBIN

Stress et contrôle aérien par Philippe AVERTY

N° 62 - Février - Mars 2004

Dossier : Le corps en questions...

Interview de Nathalie DUMET et Gérard BROYER

L'approche psychosomatique en cancérologie par Sylvie SCHWAB

Interview de Michèle GROSCLAUDE

N° 63 - Avril - Mai 2004

Dossier : Médiation et soin

Médiation thérapeutiques et psychoses infantiles par Anne BRUN

Le collage : décollage du sujet ? par Jean-Paul BERNARD PETIT

«Chut, taisez-vous, je vous écoute écrire» par Monique DONAZ

De l'atelier d'écriture au groupe écriture. Invention d'un dispositif par Bernard CADOUX

N° 64 - Juin - Juillet 2004

Dossier : L'analyse de la Pratique

L'analyse psychique et intersubjectivité dans l'analyse de la pratique par Georges AILLARD

Petit retour historique sur l'analyse de la pratique par Pierre DOSDA

Le milieu du fleuve: entre le thérapeute et le formatique par Catherine ENRIMENASSE

L'analyse d'oeuvre par Marc LHOPITAL

- Octobre - Novembre 2004

Dossier : Adolescences et remaniements psychiques

Au-delà du comportement antisocial : à la recherche de l'objet perdu. Monique DOMENGET

Les prises de risques en rupture avec la réalité à l'adolescence. Pascal HACHET

De la transmission générationnelle du traumatisme à l'addiction. Richard DURASTANTE

La réforme des Masters . Pascal ROMAN

N° 66 - Décembre 2004 - Janvier 2005

Dossier : Horizons du Carcéral

L'expertise psychologique par Didier WEBER

"Respectez mes défenses ..." Collectif

La prise en charge thérapeutique post-carcéral de l'auteur de violences sexuelles par André CIAVALDINI

Directeur de la publication : Gilbert PUECH, Président de l'Université

Directeur délégué : Albert CICCONE

Rédaction : Anne-Claire FROGER - Conception et réalisation : Marc-Antoine BURIEZ

Page de couverture : Caroline PALA - Illustrations : Etudiants de l'Ecole Emile KOHL

Font partie du comité de lecture les enseignants élus au conseil du Département.

Journal édité par l'Institut de Psychologie – Département Formation en Situation Professionnelle

Imprimé par l'imprimerie Caussanel (Bron)

ISSN 1253-9392 – Commission paritaire n° 3088 ADEP

Canal psy est en vente dans les secrétariats de psychologie

A Bron : Canal psy (salle K124bis), 3^{ème} cycle (126 K), C.R.P.P.C (134 K)

En centre ville : F.P.P. (salle 116 D, 16 quai C. Bernard, Lyon 7^{ème})

Prix des numéros :

- du numéro 1 au numéro 19 : 1,52 €

- du numéro 20 au numéro 39 : 2,29 €

- du numéro 40 au numéro 65 : 3,05 €

- à partir du numéro 66 : 3,30 €

Frais de port :

- 1 numéro : 1,22 €

- 2 à 4 numéros : 1,98 €

- 5 à 8 numéros : 2,76 €

- plus de 8 numéros : 3,62 €

La liste exhaustive des numéros parus est disponible sur simple demande et est consultable sur le site Web de Canal Psy.

