

**11ème JOURNEE D'ETUDE de
l'Association Rhône-Alpes de
Gérontologie Psychanalytique**

**LE VIEILLARD - SES SOIGNANTS
ET L'INSTITUTION GERIATRIQUE**

A.R.A.G.P.

**26 Novembre 1994
HOPITAL SAINT JEAN DE DIEU
LYON 8ème**

S O M M A I R E

- **Dr Serge Alain JOSSERAND : p.2**
"Entre la dépression et le deuil "
- **Marc MEGARD : p. 8**
"Une expérience de fonctionnement dans un centre de courts, moyens et longs séjours"
- **Jean Noël GARCIN, Josy DUCARRE : p 11**
"Sémiologie de l'entrée de la personne âgée en institution, approche dynamique du concept d'admission, méthode de recherche d'une demande clinique institutionnelle"
- **Marianne PRAT, Maryse LALOUET : p 19**
"Résumé de l'intervention"
- **Françoise ANTHONIOZ-BLANC, Pierre CHARAZAC : p 20**
"Entre le meilleur et le pire, les soins en institution, à propos d'un cas clinique"
- **Paul MAGDINIER : p 23**
"L'institution - théâtre"

"ENTRE LA DEPRESSION ET LE DEUIL"

Serge Alain JOSSERAND (1)

Je remercie l'Association Rhône-Alpes de Gériatrie Psychanalytique, et tout particulièrement sa Présidente, Madame le Docteur Graber, de m'accueillir aujourd'hui à cette 11ème journée d'étude (2). Le thème retenu pour cette onzième journée : "le vieillard, ses soignants et l'institution gériatrique", est un très vaste thème qui, au moment de vous parler, mobilise l'humilité de l'honnête travailleur que je suis. C'est en effet interroger un monde complexe d'interactions et de projections, directes ou indirectes, bruyantes ou silencieuses, verbales ou comportementales, inertes (et dans ce cas sédimentant un caractère particulier à l'institution) ou dynamiques, répétitives ou intégratives... Une première limitation "cadrante" tient dans la reconnaissance de la dépendance du vieillard en institution, c'est à dire d'un certain degré de régression -voire de fixation narcissique -, et aux interactions avec cet objet privilégié qu'est l'institution. Une deuxième limitation sera permise par le choix d'un fils conducteur, nécessaire au développement de ma pensée, au soutien de l'attention de mes auditeurs, à la vectorisation du champ dans lequel mes collègues développeront leurs exposés.

Je vais donc me référer à mon expérience au Centre Gériatrique de Cuire qui se compose, comme vous le savez peut-être, d'un hôpital général, d'un centre de moyen séjour, et d'un centre de long séjour. C'est dire que la pathologie somatique y est dominante, mais non exclusive, souvent intriquée, plutôt qu'alternée, comme le voudraient les hypothèses psychosomatiques, à la pathologie psychiatrique.

A la demande des Docteurs Mégard, puis E. André-Fouët, successivement chefs de service, j'y fonctionne, en quelque sorte, (et entre autres modalités) comme "laboratoire d'analyse" au service de la réunion de service, dite réunion de synthèse. C'est dire que mes réflexions ont été nourries par l'apport de tous. Si notre travail se centre, en chaque circonstance, sur l'élaboration de la problématique d'un patient dans ses multiples interactions avec l'institution et avec les soignants, à titre individuel ou d'équipe, il n'en demeure pas moins qu'émergent certaines problématiques plus générales. Parmi elles me paraît dominer l'aspect économique de ces échanges, qui peut s'appréhender selon plusieurs axes. L'axe dominant, et qui constituera une troisième limitation - encadrement à mon propos, c'est l'axe défini en 1920 par S. FREUD dans "Au delà du principe de plaisir" : il s'agit de l'axe principe de plaisir (sous l'égide des pulsions de vie) - compulsion de répétition (sous l'égide des pulsions de mort), qui délimite l'espace de la qualité de vie dans l'institution, tant des vieillards que des personnels soignants.

En effet, les limitations de l'exercice de la sexualité (en raison du vieillissement et de la régression psychosomatique) privent le sujet d'une voie de décharge adéquat (avec un objet adéquat). La régression limite les capacités d'élaboration psychique, au bénéfice de modalités archaïques de traitement des pulsions. Il en résulte que les capacités de liaison s'amointrissent au bénéfice de la déliaison. Le déplaisir gagne, avec son exigence de décharge, ordonne les comportements à cette fin, dans le double registre régressif du sadomasochisme, et de l'emprise, avec son cortège de violence potentielle.

(1) Psychiatre, Membre de la Société Psychanalytique de Paris, Attaché au Centre de Gériatrie de Cuire, 14 rue Pasteur, 69300 Caluire.

(2) Lyon, samedi 26 novembre 1994, Hôpital Saint Jean de Dieu

L'excitation menace, au risque de réactiver les traumatismes anciens, ou d'en créer de nouveaux à l'occasion des séparations et des pertes ; les compulsions de répétition, individuelles ou collectives, du vieillard ou du personnel, s'installent et mobilisent trop souvent des techniques calmantes (médicamenteuses ou comportementales) en lieu et place des élaborations psychodynamiques régulatrices. Le rôle du psychanalyste devient essentiel dans ces moments de surgissement traumatique où la compulsion de répétition du patient dévoile et entretient celle du soignant, au risque de perte de sens, de comportements de décharge, voire de rejet et d'exclusion qui, dans cette phase de la vie, peuvent se payer de la mort du patient.

C'est donc au sein de cette complexité limitante et encadrante, qui resurgira sans doute tout au long de la journée, que je vais dérouler mon écheveau et tricoter mon ouvrage. Deux thèmes se sont imposés à moi lorsqu'il a fallu limiter au temps imparti mon propos pour lui conserver une cohérence nécessaire à une écoute agréable. Le premier thème est celui de la mort, point de rencontre essentiel et obligé entre les vieillards, les soignants et l'institution, mais aussi la mort comme pensée du destin funeste de celui qui entre chez nous, pensée qui, pour être mise en latence, n'en produit pas moins des rejets - à travailler - tout au long du séjour.

Le second thème, constamment présent, sans qu'il fasse l'objet d'un traitement direct, est la préoccupation quant à l'équilibre psychique des soignants, soumis en permanence à l'excès ; excès dans la mobilisation affective, et excès de la mort elle-même. La souffrance des soignants est toujours prête à se dévoiler au cours de la relation avec le vieillard, ou avec sa famille d'ailleurs, qui reste présente et active dans la rencontre vieillard-soignants-institution.

Je pense qu'une large part des excès dans le vécu quotidien et de la souffrance tant des vieillards que des soignants, tient au refoulement, quand ce n'est pas au déni, ou plus simplement au manque de connaissances quant aux phénomènes qui annoncent la mort.

Il importe donc d'y revenir afin de mieux nous préparer à affronter des situations diverses, souvent nouvelles et inattendues. Cette préparation anticipatrice ayant valeur de protection de nos appareils psychiques, comme de ceux de nos patients, et permet de repousser les frontières d'un "au-delà du principe de plaisir", toujours prêt à resurgir, à travers les automatismes de répétition qui vont infiltrer les comportements soignants, placés dès lors sous la domination des instincts de mort.

Ce travail d'anticipation et de construction de connaissances nouvelles débouche aussi sur l'évaluation permanente de notre capacité d'adapter nos soins non seulement à la situation relationnelle actuelle avec le patient, mais également à son évolution prévisible. La régulation de notre "estime de soi" en dépend.

Je prendrai cette régulation de notre estime de soi, cet impératif narcissique, comme fil conducteur de mon introduction "le travail de trépas, entre la dépression et le deuil."

Le "travail de trépas", comme l'a nommé Michel de M'Uzan (1), et décrit dans le contexte spécifique de la cure analytique, avec une patiente encore jeune et atteinte d'une maladie mortelle, est cette période, d'une durée variable, pouvant aller de quelques jours ou semaines, à plusieurs mois, ou même années (deux ans, comme nous avons pu l'observer à Cuire : Mme C.) qui s'écoule entre la mort du vieillard, et le moment où il en reçoit l'annonce, dans les profondeurs de son inconscient, par le biais d'informations sur l'état physiologique de son corps.

Cette période est marquée par des **modifications structurelles** importantes de l'appareil psychique, et par la tentative de nouer avec quelqu'un - "l'objet clé" selon M. de M'Uzan - **une relation spécifique**, dont je rappellerai tout d'abord les caractéristiques, telles qu'elles sont

décrites par M. de M'Uzan. Une fois choisi son objet-clé, le patient prend une certaine distance d'avec ses proches, effectuant un deuil relatif qui libère sa libido d'objet, laquelle est massivement, voire passionnément réinvestie sur la personne choisie.

(1) Michel de M'Uzan : "de l'art à la mort" Chapitre IV "Le travail de trépas" (1976) Gallimard 1977

On perçoit la différence avec un authentique travail de deuil, et je m'oppose là à ceux qui fixent comme but à leur intervention auprès de ceux qui vont mourir, vieillards en particuliers, de les amener à faire le deuil d'eux-mêmes et de leur vie. Drôle de projet thérapeutique, ou de finalité d'accompagnement, s'il s'agit d'installer un état mélancolique dans la psyché de celui qui va mourir ! En effet, dans le travail de deuil, la libido, retirée aux objets, en surinvestit douloureusement la représentation psychique, avant que celle-ci ne soit désinvestie, puis abandonnée. Là où dans le deuil, l'objet est perdu, il est, dans le travail de trépas, retrouvé, à la faveur d'un troc, d'un déplacement.

Le sujet va, dans ce dernier transfert, engager toute sa libido, qui ne circule bien que si un **contact physique** suffisamment confiant est accepté par la personne choisie, allant du simple toucher aux petites caresses, voire aux petits baisers, à la recherche d'un regard qui ne se dérobe pas...

Cet élan pulsionnel se double d'un mouvement d'expansion libidinale qui peu à peu **enveloppe** cet objet, le capte, comme s'il voulait le **phagocyter**, l'englober dans l'espace érotique du sujet, à tel point qu'il n'en ressentirait plus l'absence.

La perception du **temps** semble également se modifier, comme si l'intemporalité régnant au sein de l'inconscient semblait peu à peu affecter le conscient. D'où le sentiment d'une expansion de l'espace-temps, celui du temps de la relation à l'objet-clé au temps de la vie, par lequel le mourant vit comme si son objet-clé était près de lui vingt quatre heures sur vingt-quatre, et ne cessait de lui parler.

- quelque chose se reconstitue de l'ordre de l'unité primitive mère-enfant, et de l'indifférenciation originaire "Je - non je".

- le mourant semble **se protéger de la séparation** inévitable d'avec son objet clé, et de toute perte objectale afférente, en l'entraînant fantasmatiquement avec lui dans la mort.

Ainsi accomplit-il, en **incorporant** toute une masse de désirs dirigés vers ses objets et jusque là mal intégrés, "une dernière introjection pulsionnelle qui, en retour, augmente l'être en dilatant indéfiniment son narcissisme".

La topique s'en trouve par conséquent bouleversée :

- le ça continue de désirer.

- le moi **se clive** en deux lignes de pensées contradictoires par rapport à la mort : l'une qui la dénie ; l'autre qui se résigne et appelle même à en finir au plus tôt. Clivage porteur de la problématique du double, parfois rencontrée chez certains mourants, dans laquelle la représentation de l'objet est entièrement chargée de la libido narcissique que le mourant ne cesse d'engouffrer en elle.

Le rôle de l'objet est donc capital dans ce processus. Objet dont le patient attend une totale disponibilité, et l'**acceptation sans trop d'angoisse** du mouvement d'enveloppement, de quasi dévoration, et d'entraînement dans la mort dans lequel il est pris.

Sans doute est-ce la fonction initialement dévolue au traditionnel "bâton de vieillesse", dont la solidité est testée par l'emprise qu'exerce sur lui le vieillard, véritable violence exercée sur l'autre dans le but de le fixer dans une certaine fonctionnalité objectale, et par laquelle lui est refusée son statut de sujet. Que cet objet défaille, et le mourant s'en détachera, à la recherche d'un objet de remplacement, s'il en est encore temps. Sinon, nous entrerons dans les formes pathologiques de ce travail de trépas. Ici, dans sa forme mélancolique.

Il importe pour nous, soignants de **saisir le début de ce travail**, afin de faire une évaluation permanent de l'état de la dyade, et de **pallier à une éventuelle défaillance du milieu familial en s'offrant en remplacement comme objet-clé possible**. En traitant bien sûr également un trouble de la personnalité qui empêcherait tout contact avec l'objet-clé. Ceci dans le double but d'accompagner au mieux le vieillard, tout en maintenant notre équilibre psychique et, partant, notre capacité soignante.

A l'issue de ce travail de trépas, le vieillard meurt. La réalité de la mort s'impose à la vue du cadavre, et commande les rituels funéraires et l'enclenchement du travail de séparation, d'abord collectif, en présence de la dépouille mortelle, puis individuel dans le douloureux travail de deuil. Cette dernière étape pouvant d'ailleurs être perturbée tant pour les soignants que pour les familles, et conduire à un deuil pathologique, en particulier sur le mode dépressif, lorsque le travail de trépas s'est mal passé et que, par conséquent, la libido des survivants n'a pas été préparée à quitter le mort. En particulier, le sentiment de culpabilité tendra à resexualiser le lien avec la représentation de la personne disparue. L'échec de ce mouvement placé sous l'égide du principe de plaisir rouvrira les blessures traumatiques et réimpulsera la compulsion de répétition, qui tendra à dominer le travail de soin.

Je pense que l'essentiel de la difficulté, tant pour l'entourage que pour le vieillard, tient dans la difficulté qu'il y a à décrypter les signaux d'information de la mort à venir : il s'agit là d'une mission essentielle de l'institution et des soignants qui y travaillent. Comme tout contenu de l'inconscient, il va subir un travail de transformation et pourra, par exemple, paraître, transformé, dans un rêve. Mais il est rare que nous ayons connaissance des rêves de nos pensionnaires, en dehors des cas suivis en psychothérapie. L'expression par un vieillard de la crainte de mourir seul est déjà un indice de proximité qui nous alerte, mais pas d'entrée en recherche d'objet-clé.

Je crois que le message nous est transmis de façon indirecte, sous une forme déguisée, dans la zone préconsciente de notre psychisme lorsqu'il est véhiculé par la parole, ou dans la zone perceptive à partir de modifications comportementales du vieillard, qui intriguent, qui dérangent, qui interrogent.

Dans les deux cas, le message doit être interprété, nécessitant en cela la verbalisation en présence d'un tiers du dérangement et du trouble qui s'installe chez le soignant. Tout se passe comme si, en l'absence d'entendement de ce message, un processus particulier était déclenché dans le psychisme des soignants, et qui ne parviendrait pas à déboucher, un peu comme chez le névrosé actuel privé de sa voie spécifique de décharge. Il s'ensuit un malaise indéfinissable et une baisse de l'estime de soi. Ce processus particulier enclenché dans le psychisme du soignant résulte je crois d'un commandement en provenance de son idéal du moi, qui l'oblige à aménager la conjoncture du patient afin de lui permettre d'y développer son travail de trépas, y compris en sollicitant l'objet-clé désigné, ou, à défaut, en se laissant prendre soi-même dans les filets du mourant.

La chose n'est pas facile, ne serait-ce qu'en raison des angoisses archaïques que ce processus déclenche en chacun de nous. Craintes archaïques qui ne sont pas déliées de toute attache érotique : le mourant ne nous enveloppe-t-il pas dans son ultime zone érogène, dans laquelle la petite mort (l'orgasme) rejoindrait la grande ? On comprend ainsi l'intérêt de la navigation à l'estime que j'ai proposée du côté de la baie des trépassés. Tout changement de cap doit, dans ces parages, nous interroger sur l'approche du trépas.

Qu'en est-il justement des écueils rencontrés au cours de cette navigation ? je vais donner ici cinq exemples de transmission indirecte de ce message qui ont valeur d'information et d'appel à l'objet :

1 - Monsieur A., fils d'une pensionnaire du service, nous agresse un jour violemment, nous accusant de ne pas s'occuper de sa mère correctement. Il va sans dire que jusque là, nos relations avec cet homme étaient correctes, tout comme la prise en charge de sa mère. Mon hypothèse est que cet homme a perçu un décalage créé par l'entrée de sa mère en dynamique de trépas, entre les soins institutionnels qui sont données à sa mère, et l'exigence de soins d'un autre type issue des signaux du trépas à venir. Ce décalage perçu chez le personnel soignant (i.e ; projeté sur les soignants) en miroir de la propre incapacité de ce fils à s'offrir en réponse comme objet clé de sa mère, fonctionne comme manque projeté sur l'autre et générant une sexualisation agressive de la relation au personnel soignant, qui constitue donc cette forme particulière de ce que j'appellerai : le message de mort à venir, et nécessite, à l'instar du rêve, un travail d'interprétation et un temps et un lieu de verbalisation...

2 - Un autre fils, d'une autre dame, ordonne impérativement, et par téléphone, à notre Chef de Service, d'interrompre immédiatement la relation de sa mère avec une visiteuse extérieure à l'institution, et ce pour des raisons morales graves. Renseignements pris, cette patiente a développé une passion quasi amoureuse pour cette jeune personne.

3 - Une nièce s'émerveille de la passion retrouvée de son oncle pour les cartes.

Dans ces cas 2 et 3, le comportement est marqué par l'installation d'une passion, qui signale l'entrée en un travail de trépas dominé par une poussée pulsionnelle en direction de l'objet externe. L'amélioration apparente et paradoxale du vieillard qui en résulte est interprétée de façon erronée par l'entourage du côté de l'appétence à la vie. L'indice de mauvais augure en est ignoré.

4 - Une très ancienne patiente développe récemment des troubles du comportement bruyants (elle se jette par terre, se couche dans les couloirs, n'est jamais satisfaite de rien), par lesquels les soignants se sentent agressés, impuissants et pour finir rejetants.

Dans ce cas, un comportement caractériel répétitif, développé sur le versant abandonnique, doit être entendu comme appel, certes paradoxal, à un objet-clé d'avoir non seulement à se manifester, mais aussi à s'imposer dans une relation spécifique capable de dépasser la problématique de la perte de l'objet au centre de ce comportement. On voit ici combien tout rejet eût été préjudiciable en empêchant de nouer l'ultime relation.

5 - Une patiente nous est adressée, après une hospitalisation d'urgence en psychiatrie, à la suite du trouble du comportement suivant : alors qu'elle vit chez sa fille, qui s'occupe plutôt bien d'elle, cette femme âgée ameute le quartier en appelant au secours depuis la fenêtre, accusant sa fille de vouloir la tuer. Mon hypothèse est qu'ici, le message de mort à venir s'est imposé sur le mode projectif et inversé de "Ma fille veut me tuer" ce qui pose au passage, un problème de diagnostic différentiel avec les psychoses chroniques, voire un problème d'interprétation d'une modification récente d'un délire chronique.

Chacun, au vu de ces exemples, peut se rendre compte de la complexité du phénomène que je tente de décrire ici : il existe selon moi un mécanisme spécifique d'entrée en travail de trépas, qui exprime la recherche et l'interpellation d'un objet extérieur, nécessaire à l'aménagement de la conjoncture permettant l'ultime modification de la structure de l'appareil psychique, en modification de la structure de l'appareil psychique, en étayage sur les systèmes interactifs réinvestis : ce mécanisme spécifique est le fait de signaux biologiques reçus à la racine somatique du ça, en un message le plus souvent crypté, verbalisable plutôt par un tiers lorsqu'il est donné à entendre ou à être perçu à travers un comportement.

Ce message doit être décrypté, interprété et verbalisé. Ce "message de mort à venir" révèle la recherche d'un objet-clé, selon les aléas de la structure psychique qui a prévalu tout au long de la vie ; structure modulée par les premières relations d'objet, dont la forme se retrouve à l'ultime instant de la vie.

Les difficultés de ce moment essentiel de la vie se laissent ainsi mieux appréhender. Elles tiennent :

- pour une part, au message lui-même, souvent brouillé, et conduisant dans nombre de cas à des expressions pathologiques du travail de trépas, certaines se confondant avec la pathologie mentale habituelle, comme la dépression, certains délires, en particulier passionnels ou les expressions caractérielles agressives.

- pour une autre part, elle tiennent à l'objet lui-même. Soit dans sa méconnaissance du message reçu, soit **dans son refus d'assumer le rôle de l'objet clé**, soit dans une anticipation du deuil de la personne âgée qui va percevoir cette situation comme l'exigence déprimante d'avoir à mourir, soit encore que cet objet externe s'accroche à son vieillard utilisé défensivement comme support d'une problématique oedipienne,

régressivement réinvestie comme rempart contre la pensée de propre mort par l'objet (si le parent est sexuellement investi, la mort n'existe pas pour l'enfant). Enfin, citons le cas particulier de l'euthanasie qui sous l'influence de l'idéologie et de la complicité du moi clivé du mourant, tend à le priver de son ultime travail.

Envisageons les conséquences d'un tel refus d'une personne d'assurer ce rôle d'objet-clé ; ou de l'assumer d'une façon telle, insuffisante ou contradictoire, que le mourant est conduit à rompre de la dyade, et à retirer sa libido de l'objet. J'ai évoqué la possibilité d'un changement d'objet au début de ce travail. Dans la plupart des cas malheureusement, la représentation de l'objet et la libido qui lui était liée se dégradent : ce n'est pas un travail de deuil que fait alors le mourant. Simplement, il manque sa dernière introjection, et fait à la place une identification mélancolique à l'objet perdu. Le mourant construit dans son psychisme le monument funéraire qui aurait dû accueillir sa dépouille après sa mort.

Les conséquences en sont que le mourant mélancolique rate son travail de trépas, et sa mort. Quant à ses objets, ils sont eux-mêmes exposés à manquer leur deuil du patient, et plus tard, à manquer leurs propre travail de trépas. C'est toute la chaîne des idéaux qui se bloque : les commandements qui en sont issus deviennent inefficaces : la régulation de l'estime de soi ne se fait plus, la tendance dépressive s'installe.

On voit à quel point il convient de s'assurer que l'ensemble des conditions requises pour le bon déroulement du travail de trépas, garant du bon déroulement du travail de deuil des survivants soient réunies, y compris par le diagnostic et le traitement des formes pathologique du travail de trépas. Ce traitement a pour visée d'établir le contact, la relation avec quelqu'un, y compris par des moyens médicamenteux, voire techniques (établissement d'une voie centrale à des fins de perfusion Cf. : l'observation d'E. ANDRE FOUET). Lorsque la régression dernière dévoile un trouble de la relation première à l'objet, ce seraient la détresse et le désespoir, quasi hallucinés, qui s'imposeraient à l'ultime moment.

Il n'échappera à personne que si je relie cette préoccupation à la régulation narcissique du couple mort-survivants, en somme à une préoccupation métapsychologique, d'autres pourraient l'articuler à leurs préoccupations métaphysiques. Autre très vaste sujet !

Il y a là un véritable enjeu de santé publique, si l'on y ajoute deux autres points : d'une part, une naissance faisant souvent suite à une mort, il importe que le nouveau né ne porte pas le fardeau du mort à la place de ses parents, au risque d'installer dans sa lignée et à son insu une pathologie mentale.

D'autre part, le deuil pathologique entretient des comportements de compulsion de répétition qui vont venir s'interposer entre le mourant et le porteur de la compulsion, soit directement, soit par le biais des soignants dont la propre compulsion de répétition est alors éveillée.

Je m'en tiendrai là pour l'essentiel, et laisserai la parole à mes collègues qui sauront sans doute éclairer les points que j'ai dus laisser en suspend sur ce très intéressant sujet.

Je vous remercie de votre attention.

**"UNE EXPERIENCE DE FONCTIONNEMENT
DANS UN CENTRE DE COURTS, MOYENS ET LONGS SEJOURS"**

Marc MEGARD *

Dans le cadre de cette journée où nous réfléchissons aux relations qui s'établissent entre le vieillard institutionnalisé en fin de vie, les soignants, et à l'impact de l'institution accueillante et organisatrice, il a paru intéressant de vous exposer par quel fonctionnement j'ai essayé, comme médecin responsable d'un centre de gériatrie, de répondre à quelques-uns des problèmes que posait ce cadre institutionnel aux acteurs en présence.

Le Centre de Cuire appartient aux Hospices Civils de Lyon, ce qui lui a donné d'emblée, par l'organisation administrative du personnel, par le recrutement de celui-ci, comme par le recrutement des patients - même lorsqu'il y a quelques années il répondait encore au titre de Maison de Retraite - une structure très médicale, hospitalière, axée sur la distribution de soins médicaux classiques.

Mais les soins médicaux classiques hospitaliers visent habituellement dans l'esprit de tous - soignés et soignants - au rétablissement "de la santé". Or dans nos institutions gériatriques ils doivent bien laisser place de façon importante à des actes "de soins gériatriques" beaucoup plus prosaïques : attention aux besoins élémentaires, assistance à la personne, renoncement au désir premier de "guérir".

Ce qui n'était qu'une partie du soin dans le schéma médical classique : aider le patient à se nourrir, se laver, s'habiller, s'installer dans un fauteuil... etc, devient en hôpital gériatrique presque le tout, obligeant les soignants à modifier les références de base qui avaient motivé souvent leur vocation initiale, malgré, ou à cause de la polyopathie des vieillards.

Avec des patients très âgés, plus ou moins dépendants, et parfois très dépendants, les équipes soignantes ont donc un contact très proche, et ce contact est répété quotidiennement, et habituellement prolongé longtemps.

(1) Michel de M'Uzan : "de l'art à la mort"
Chapitre IV " Le travail de trépas" (1976) Gallimard 1997

La longue durée des séjours est en effet une autre caractéristique des passages en institution gériatrique où la relation soignant-soigné s'exerce au quotidien conférant un rôle essentiel au personnel de service toujours présent et de ce fait d'ailleurs parfois en rivalité avec les familles qui perdent leur qualité de "proches". Les phénomènes de type transfert et contre-transfert (attitudes et contre attitudes) prennent une place importante dans ces soins et organisent les relations.

Autre constatation relevée, et corollaire : l'influence de l'équipe soignante sur l'état mental des patients. Phénomène banal et bien connu direz-vous. Mais responsable médical d'un service gériatrique avec plusieurs "offices" différents, j'avais été frappé de relever que dans certains d'entre eux il y avait plutôt une réduction des phénomènes de démentisation, alors que dans d'autres on notait au contraire une majoration et une multiplication des troubles. La différence tenait à la manière dont les tâches quotidiennes étaient accomplies selon que le personnel les exécutait quasi mécaniquement comme s'il s'adressait à des objets insensibles, hors du temps et du lieu, ou à des personnes vivantes, capables encore de sentiments, d'échanges, de plaisir ou de souffrance.

D'autre part si de nombreux patients âgés sont agréables à soigner, renvoyant au personnel soignant une image positive de son action et de son travail - d'autres manifestent des troubles du comportement : refus d'alimentation, incontinence variable, fugues, agitation, diurne ou nocturne, désorientation, appels incessants, opposition agressive, à la toilette par exemple, repli majeur sur soi ; ou encore des délires de persécution, de vol, des intolérances réciproques compliquant la vie collective... etc. On peut multiplier les exemples de ces difficultés qui souvent désespèrent les soignants.

Enfin la conscience que ce cadre de vie institutionnel est définitif, l'affrontement fréquent à la mort finalement omniprésente, renvoient le personnel à des sentiments difficiles à métaboliser.

Confronté à ces divers éléments :

- prédominance des soins gériatriques sur l'agir pour guérir
- proximité prolongée soignants-soignés et ses interactions
- fréquence de comportements difficiles
- présence de la mort inéluctable en institution,

j'ai été amené à prendre diverses initiatives dans l'espoir d'améliorer la qualité des soins, initiatives qui semblent résister à l'usage et au temps (après mon départ en retraite).

J'en retiendrai ici deux : l'organisation de deux réunions hebdomadaires dont l'objet et les membres sont différents :

◆ une grande réunion rassemble les médecins, les internes, les surveillantes et infirmières, les kinésithérapeutes, psychomotriciennes, ergothérapeutes, orthophonistes, l'assistante sociale, psychologues et psychanalyste, enfin souvent un représentant de l'administration.

Comme dans toute réunion de synthèse les échanges concernent les problèmes d'actualité intéressant la vie du service.

Mais l'essentiel est réservé à l'exposé par une surveillante d'un cas problématique, concernant un patient de son office, dans le but de définir pour lui un projet, et de soins et de vie dans l'institution.

Cet exposé suscite des échanges : ceux qui ont déjà eu affaire au patient par les soins de leur spécialité peuvent librement exposer les données qu'ils ont pu recueillir ou leurs impressions cliniques - données soit complémentaires, soit contradictoires soulignant souvent la complexité de la personne qui peut ainsi être mieux comprise dans ses résistances, ses déplacements d'agressivité, son agitation, sa détresse, le rôle de la famille... etc. Tout cela sous l'écoute du psychanalyste qui ajuste le niveau de ses éventuelles interprétations sur le cas présenté.

Ceux qui dans le groupe ne connaissent pas le patient, même s'ils n'interviennent pas, du fait de leur pratique analogue, ont un écho évocateur de situations

semblables. Ces échanges vivants où s'entrelacent les données médicales et sociales objectives, celles des comportements subjectifs, l'humour et le sérieux, permettent par cette rencontre de dégager le sens des attitudes des soignés comme des soignants et d'organiser une dynamique des soins.

De plus des données conceptuelles théoriques peuvent être fournies si besoin.

◆ un second type de réunion, hebdomadaire également, mais "tournante" dans les différents offices du service, rassemble chaque fois, autour du médecin chef du service (nous sommes en hôpital de courts, moyens et longs séjours), le médecin-adjoint, un psychologue et le personnel présent de l'équipe de soins et de service.

L'objet de cette réunion consiste en un échange à propos de certains cas difficiles qui posent problèmes à l'équipe : patient agressif, ou agité, ou déprimé, ou délirant... etc.

La discussion reste toujours focalisée sur le malade : c'est lui que l'on essaye de mieux connaître dans sa biographie, de mieux comprendre en analysant ses difficultés actuelles ou anciennes. Le médecin chef de service est le leader du groupe : les images attachées à sa fonction jouent vraisemblablement un rôle dans la régulation des échanges. Une expérience analogue il y a de nombreuses années, confiée aux seuls psychologues et au psychiatre, et dont le médecin était absent, s'était soldée par un échec car vécue comme trop persécutrice pour l'équipe. La présence du médecin permet probablement des mouvements d'identification que ne permettait pas la seule présence des "psy".

Les temps d'écoute où les idées et l'imaginaire de chacun peuvent s'exprimer sont importants. L'analyse des rôles joués par les soignants auprès des patients est pris en considération, mais le discours du groupe est toujours recentré sur la problématique du malade ou du pensionnaire dans une visée thérapeutique pour lui.

Ce souci constant, dans un petit cercle de personnel où l'on se connaît bien, facilite la prise de parole et permet l'expression des avis divers en autorisant une certaine levée des défenses du soignant. Bien entendu, la nécessité de maintenir le secret professionnel sur ce qui est dit est souvent rappelée.

Ces groupes de travail avec le médecin montrent à chacun l'importance de son rôle, de sa responsabilité dans la distribution des soins, du garçon de salle aux aides-soignantes et aux infirmières. Les interventions du psychologue présent sont d'autant plus volontiers écoutées qu'il est bien inséré dans le service, que souvent il connaît la personne dont il est question et a pu s'en occuper.

Le jeu de l'inter-subjectivité est parfois entrecoupé de demandes d'explications "médicales" qui permettent d'atténuer les retombées affectives. On en revient alors pour un temps à un mode de pensée plus médicale, objectivante, ou plus pédagogique, qu'il faut savoir moduler.

Toutes les réunions ne sont pas également libres, riches d'échanges, d'efforts de compréhension des rôles et de leur impact au niveau des soins. Les équipes ne se ressemblent pas et parfois le travail compris comme une mécanique obligatoire, les vieillards plutôt chosifiés, des interdits bloquants, engendrent, du fait du caractère défensif de ces phénomènes, des réunions plutôt lourdes, difficiles, où apparemment il ne se passe rien. Mais peut-être la frustration qui en résulte fait-elle qu'elles ne sont pas aussi inutiles qu'il peut apparaître en premier abord ?

Voilà quelques-unes des actions expérimentées dans un service gériatrique de structure hospitalière classique, à partir de réflexions sur ce qui se joue dans ce fonctionnement triangulaire soumis à vos réflexions aujourd'hui, entre le vieillard institutionnalisé en fin de vie, ses soignants, et l'institution gériatrique, cadre qui les encadre tous et les façonne.

SEMILOGIE DE L'ENTREE DE LA PERSONNE AGEE EN INSTITUTION
APPROCHE DYNAMIQUE DU CONCEPT D'ADMISSION
METHODE ET RECHERCHE D'UNE DEMARCHE CLINIQUE INSTITUTIONNELLE

Josy DUCARRE *, Jean Noël GARCIN **

PLAN

- 1° Présentation de deux cas cliniques
- 2° Approche dynamique du concept d'admission
- 3° Méthode et recherche d'une démarche clinique institutionnelle
- 4° Conclusions.

Présentation de deux cas cliniques

Nous vous présentons deux cas cliniques pour illustrer quelques aspects de la sémiologie de l'entrée en institution, avant de vous proposer une approche dynamique du concept d'admission. Puis nous exposerons notre recherche en vous présentant la construction d'un outil de travail pour une démarche clinique institutionnelle plus étayée.

Cas N° 1

Madame G. de 82 ans, est l'aînée d'une fratrie de deux enfants. Autodidacte elle est fervente de littérature. Lorsque son mari décède, son fils unique n'a que deux ans. A son veuvage, elle s'installe avec sa soeur célibataire. La famille vit un peu en vase clos et Mme G. organise toute sa vie autour de son fils. La soeur de Mme G. décède en 1985. Elle reste donc seule chez elle, son fils étant lui-même installé dans un appartement très proche. Elle gère complètement son quotidien jusqu'en 1993. Mme G. est autonome sur le plan moteur, mais peu à peu s'installent des troubles mnésiques. Son fils très attentif est souvent retenu hors de Lyon en raison de sa profession. Il organise au maximum la sécurité quotidienne de sa mère, mais les déficits s'aggravent. Mme G. se nourrit très mal, ne se lave plus, son appartement n'est plus entretenu et une anxiété nocturne apparaît. Elle fait appel au voisinage de plus en plus souvent.

* Psychologue clinicienne, Centre de long séjour Bellecombe, 47 rue Dunois, 69003 Lyon.

** Médecin Directeur, Centre de long séjour Bellecombe, 47 rue Dunois, 69003 Lyon.

Devant cette situation difficile et insécurisante, son fils vient nous voir en décembre 93. Il nous expose le vécu et le ressenti de chacun face aux besoins nés de cette perte d'autonomie. Il souhaite trouver une réponse adaptée sans pour autant précipiter les choses. Nous nous engageons ensemble, médecin, psychologue, responsable administrative de l'établissement et la famille, dans un travail de préparation. Mme G. vient visiter l'établissement avec son fils qui a pris le temps de lui expliquer la démarche : "Tu n'es pas complètement en sécurité, seule dans ton appartement. Je suis souvent absent. Il faut essayer de te trouver un hébergement qui te permette de retrouver une sérénité". Le médecin reçoit Mme G. et son fils. Mme G. regarde les lieux, pose peu de questions, mais explique sa présence comme réponse à une demande de son fils. Mais quelle est la demande de Madame G. ? Nous lui proposons une prise en charge psychologique pour lui permettre d'exprimer sa véritable demande. Nous inscrivons ces différents entretiens dans la démarche de préparation au placement avec une prise en compte de son état d'anxiété. Nous fixons un cadre afin de permettre à Mme G. un apaisement, une habitude au lieu et à l'équipe qui devient alors objet-relais. La date de l'entrée est fixée deux mois après la première rencontre. Son entrée lui signifie espace et temps nouveaux. Le placement effectif entre dans sa réalité. Les jours suivants, Mme G. ne se sépare pas de son sac à main, avec ses papiers et ses bijoux. Elle nous interpelle par son visage triste, son regard interrogatif. Elle nous parle de sa vie, son discours est intermittent, un peu hésitant. Mais lorsqu'elle réinscrit le fil conducteur de sa pensée, c'est une grande souffrance qui apparaît autour du constat de ses déficits. On peut aussi entendre ses plaintes autour de la dépossession et de l'abandon de son appartement. Mme G. nous signifie sa non-adhésion au nouveau domicile... "Je voyais que je déclinais, mais je pensais que je n'en avais pas pour longtemps.- Et voilà...- Je n'ai rien fait et je suis toujours en vie...- et on me propose une nouvelle vie...- à mon âge, il n'y a que la mort...- je faisais tout pour ma sécurité... comme mon fils me le demandait... je n'ouvrais pas la porte...". La douleur morale de Mme G. est celle de la perte. Elle nous présente un syndrome dépressif avec un discours d'autodépréciation, de culpabilité et d'idée de mort. Elle ne peut plus faire face à toutes les modifications de son existence. Tous les mécanismes de compensation sont inhibés par la dépression et seuls les signes déficitaires sont repérables. Une chimiothérapie s'avère nécessaire. Pendant la période d'imprégnation, le syndrome mélancolique s'aggrave, avec un effondrement global. Puis une sémiologie maniaque, se manifeste, s'incrit dans une négation défensive de la dépression. Il est pris en compte et utilisé comme un tremplin pour des conduites de ré-investissement. Une pensée dynamique, constructive s'installe avec une expression du désir et du plaisir oral. En effet, Mme G. réclame le droit à une qualité de service de son petit déjeuner. L'institution facilite la satisfaction de cette demande au point qu'elle la revendique, renforçant ainsi l'effet thérapeutique de son initiative. Puis, l'activité motrice se structure. Mme G. se déplace, ne déambule plus. Un réinvestissement narcissique se traduit par l'acceptation des soins esthétiques (du registre de ses habitudes de vie). Elle sourit. Cette phase de reconstruction dans le cadre de l'estime de soi, nécessite une consolidation actuellement en cours.

Nous pouvons repérer dans le cas de Mme G. plusieurs étapes. Une phase de préparation au placement. Une période d'intense travail psychique de dé-placement. Une étape de réaménagement des affects en manière de remplacement.

Cas N° 2

Mme C. 83 ans, vit avec son mari âgé, à leur domicile. Leur retraite se poursuit sereinement, entourés de leurs enfants et petits enfants. Il y a 7 ans, elle subit une intervention chirurgicale, date que la famille pointe comme le début de la désorientation. Une autre hospitalisation, 5 ans après, est décrite comme un épisode aggravant de sa désorientation. Depuis, les troubles se sont amplifiés et le mari assume les contraintes de l'état déficitaire de son épouse. Les enfants, percevant les difficultés à gérer la situation au domicile pour Mr C., s'inscrivent dans un projet d'accompagnement du couple de leurs parents. Un des fils, seul, fait la démarche de visite du long séjour, avant de le proposer à ses parents. Il revient avec son père. Celui-ci prend la décision d'une entrée en long séjour pour

son épouse, avec beaucoup de souffrance : "j'ai l'impression de payer des gens pour qu'on s'occupe de ma femme et moi, je ne fais rien... j'ai l'impression de l'abandonner.- Mes fils ont pris la décision, mais moi aussi, j'aurais eu à la prendre... C'est trop lourd surtout la nuit...". A son arrivée, Mme C. est presque mutique. Elle chuchote son prénom et son nom patronymique, elle déambule beaucoup, cherche "sa place", visite tous les coins et recoins, s'arrête fréquemment devant l'ascenseur. Beaucoup de déchirement, de souffrance sont exprimés. Chaque jour, lorsque son époux vient, elle lui signifie le désir de repartir avec lui. Souffrance aussi pour le conjoint aidant, de ne plus reconnaître celle qu'il a connue et avec qui il a vécu plus de 60 ans. Face à la pathologie qu'elle lui renvoie, le vieillissement en miroir fait peur à Mr C. qui présente des manifestations d'angoisse et des épisodes dépressifs. Dans le souci de retravailler l'homéostasie du couple, de favoriser la sérénité et l'expression du plaisir retrouvé à être ensemble, nous proposons un projet avec des objectifs échelonnés dans le temps :

- 1- favoriser l'installation progressive de Mme C. dans l'institution.
- 2- aménager des repas en couple dans une salle à manger d'invités, ce qui implique de gérer un changement de lieu institutionnel.
- 3- autoriser des repas de famille au restaurant, ce qui introduit la possibilité d'un temps passé à l'extérieur.
- 4- organiser des visites au domicile, dans le scénario de leur choix, (demi-journée - repas - journée complète).
- 5- arriver à passer un week-end au domicile dans des conditions acceptables. Les deux partenaires, dans une situation de réalité opposée vis à vis du cadre institutionnel, l'un dedans, l'autre dehors, sont en quête de nouveaux repères identitaires. Pour Mme C., c'est exister avec ses déficiences et peu à peu retrouver la parole pour "se dire". Pour Mr C., c'est voir son épouse autrement qu'au travers des symptômes, redécouvrir l'Être existant. L'autre n'est plus alors seulement l'effondrement d'une image, mais il existe en tant que sujet. L'institution devient le tiers qui servira d'étayage au couple. Les différentes étapes du projet favorisent ce réinvestissement dans leur relation, avec apaisement de leur souffrance et de leur inquiétude. Les épisodes dépressifs et le discours de culpabilité de Mr C. s'estompent. Mme C. va nous signifier son admission dans le service par une récupération verbale et une annulation de son comportement errant. Elle parle, a des initiatives dans l'organisation de son quotidien, s'intéresse aux autres. Elle peut attendre son époux et participe dans une implication dynamique aux différentes situations dedans / dehors.

Nous pouvons espérer dans le cas de Mme C. une préparation au placement élaborée dans le seul cadre familial. Une période de travail psychique de déplacement comportant un vécu douloureux, d'exclusion et de rejet. Le travail de la gestion du dedans et du dehors introduit Mme et Mr dans une période de remplacement où le réaménagement stable des affects situe les partenaires du couple dans une acceptabilité positive de leurs différences.

Deux notions se dégagent de ces vignettes cliniques. **D'une part**, la préparation au placement prend en compte la souffrance initiale, ce qui facilite l'entrée en institution, sans pour autant résoudre l'ensemble des problèmes. **D'autre part**, l'espace nouveau ouvert par l'entrée en institution est un espace-temps de transition. C'est dans cette période que s'origine l'intense travail psycho-dynamique où les processus de dé-placement sont mobilisés. La réorganisation des affects instaure un réaménagement stable qui place la personne âgée en position d'acteur. Ces constatations nous conduisent à préciser ce que nous appelons le concept d'admission.

Approche dynamique du concept d'admission.

L'entrée en institution d'une personne âgée constitue un fait matériel éminemment repérable, une date inscrite sur un registre. Cette date, dans la trajectoire de vie d'une personne, fixe l'instant d'un changement et d'un bouleversement. Changement du lieu de vie et d'un environnement coutumier, bouleversement d'un réseau relationnel. Dans ce contexte, nous convenons de définir le concept d'admission comme un processus complexe qui s'inscrit dans le temps, celui qui s'écoule de l'entrée en institution au moment

de la décision réelle d'admission. Ce temps est habituellement de deux à trois mois. Durant cette période, le travail psychique conduit par la personne âgée, comporte une dynamique propre qui se déroule dans une séquence : placement - déplacement - remplacement. A terme, ce travail aboutit à une prise de décision. La personne restituée comme acteur de cette situation pourra dire son acceptation ou son refus.

Le placement se parle à travers les expressions : "Nous sommes obligés... Nous avons décidé de placer notre parent..." ou, d'un autre point de vue : "ils m'ont placée...".

Comment la personne âgée vit-elle cette situation ? Dans l'instantané initial d'une porte franchie, et en raison de la charge émotionnelle alors mobilisée chez chacun des acteurs de cette démarche, la personne âgée s'inscrit symboliquement dans une situation de transit, dans un espace clos où toute promiscuité lui est imposée. Dans cet espace temps, elle n'a pas d'autre alternative que de rester dans l'incertain, comme interdite, ou de revendiquer d'où elle vient.

Ce moment de placement, point stratégique érigé sur sa trajectoire de vie, exagérément regardé, isolé et grossi, tient toute l'actualité de la scène et semble vouloir "contenir" l'admission, au risque d'occulter et de rendre forclos tout remaniement psychodynamique. De l'entrée en long séjour en institution, nous constatons une certaine distance. Cet espace ouvert brutalement, nouvellement et artificiellement créé, trouble la personne âgée. Cette béance lui impose un long travail afin qu'elle puisse comprendre et accepter ce qu'elle vit et qu'elle puisse affronter et s'adapter à cette nouvelle réalité. Ce temps d'adaptation est une période, souvent longue, tumultueuse et déroutante, durant laquelle se jouent les processus de déplacement mis en oeuvre par la personne âgée. C'est au cours de ce premier travail psychodynamique, parlé ou non, que s'organise la problématique de l'avant et de l'après placement. Dans ce cadre, l'investigation clinique s'inscrit dans une démarche d'exploration de la situation et d'évaluation des capacités d'évolution tant de la personne âgée que de son entourage. Les entretiens cliniques permettent de dégager la vraie demande et d'animer le projet de réhabilitation identitaire de la personne âgée.

Peu à peu, l'environnement va devenir acceptable pour elle, et ceci, dans la mesure où le respect qui lui est manifesté équilibrera le prix d'une indéniable contrainte. Durant cette période, la personne âgée s'appuie sur l'institution, devenue objet transitionnel et notre rôle de soignant est de veiller au maintien de son identité propre. Elle pourra alors entreprendre un travail de remplacement. Ce troisième temps se caractérise par le réaménagement des affects dans une organisation plus ou moins stable. Ainsi, la personne âgée prendra une position d'acteur au sein de l'environnement institutionnel et familial. Elle retrouvera la capacité d'investir l'espace-temps nouvellement proposé et elle pourra gérer la problématique "du dedans et du dehors" en lien avec son histoire personnelle. A l'inverse, dans l'incapacité d'investir cette situation, elle signifiera son refus et pourra faire appel à des comportements régressifs ou des procédures échappatoires parfois extrêmes. De toute manière la personne âgée va clore le processus d'admission par l'édiction de son choix. Le concept d'admission, en terme de psychodynamique, c'est donc la conduite du travail de l'avant et de l'après placement, puis l'accompagnement d'une réhabilitation identitaire, position à partir de laquelle la personne âgée pourra assurer la gestion économique de son admission.

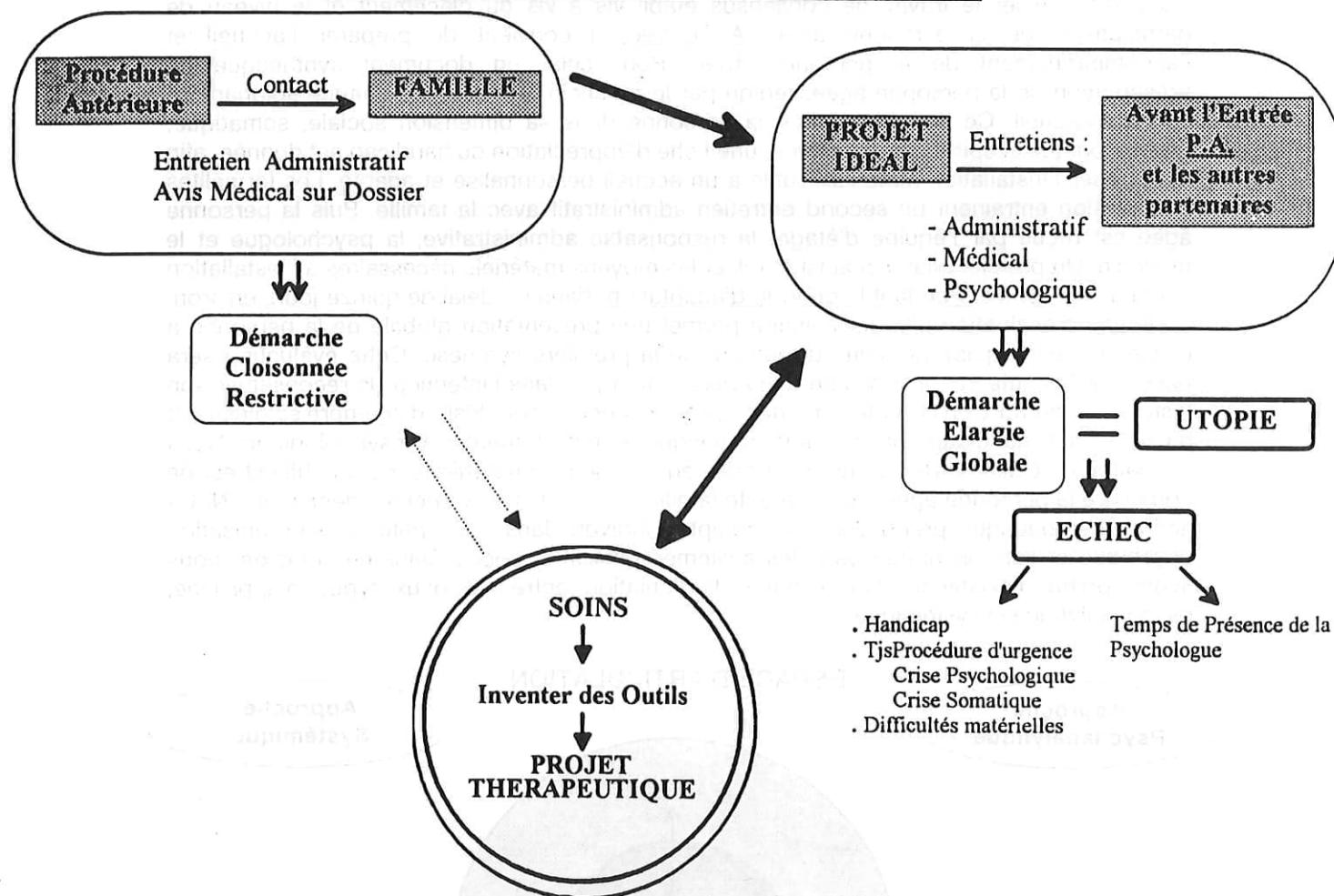
Méthode et recherche d'une démarche clinique institutionnelle.

Dans la pratique, le processus d'admission s'élabore dans un climat où les affects s'entrechoquent et où les liens trans-générationnels sont bousculés. Par la forte intrication famille-environnement-personne âgée, l'entrée en institution signifie une situation de rupture pouvant être ressentie sur le registre de l'abandon. Cette souffrance partagée réveille pour tous, les problématiques de deuil et de traumatisme, chacun des partenaires ayant, en ce qui le concerne, ses propres limites, limites de la famille, limites de la personne âgée, limites de l'institution. La personne âgée, partenaire principale, s'inscrit au centre d'une problématique identité-liberté. Dans cette dialectique (éthymologiquement, dialogue pour accéder à la vérité), les soignants sont interpellés et sommés d'agir. Il leur appartient de réfléchir une conduite d'accompagnement pour l'économie de la souffrance de tous et

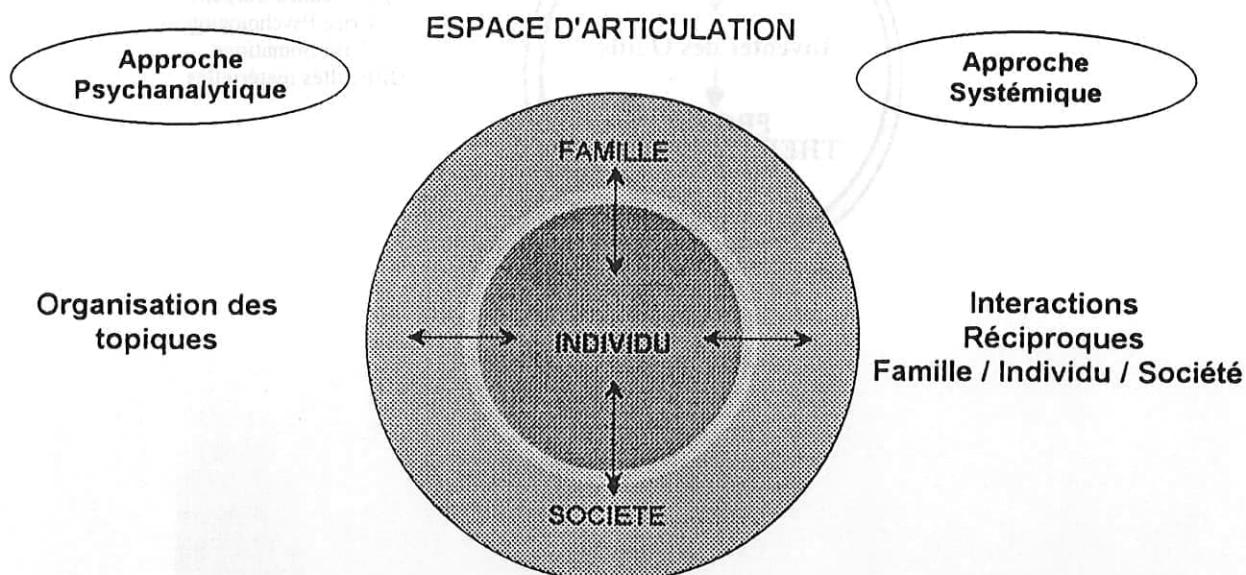
d'articuler leurs interventions dans le cadre de finalités reconnues par chacun des trois partenaires, famille, personne âgée, soignants. Une réflexion pluridisciplinaire nous a conduits à définir et hiérarchiser ces finalités permettant de construire un outil, méthode de travail. Cet outil trace une ligne de conduite qui se veut référence pour les acteurs de soins et aide au contrôle de qualité du projet de soins.

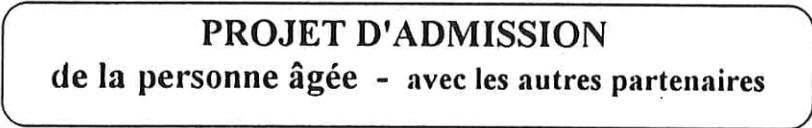
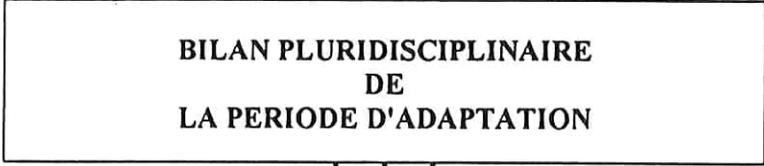
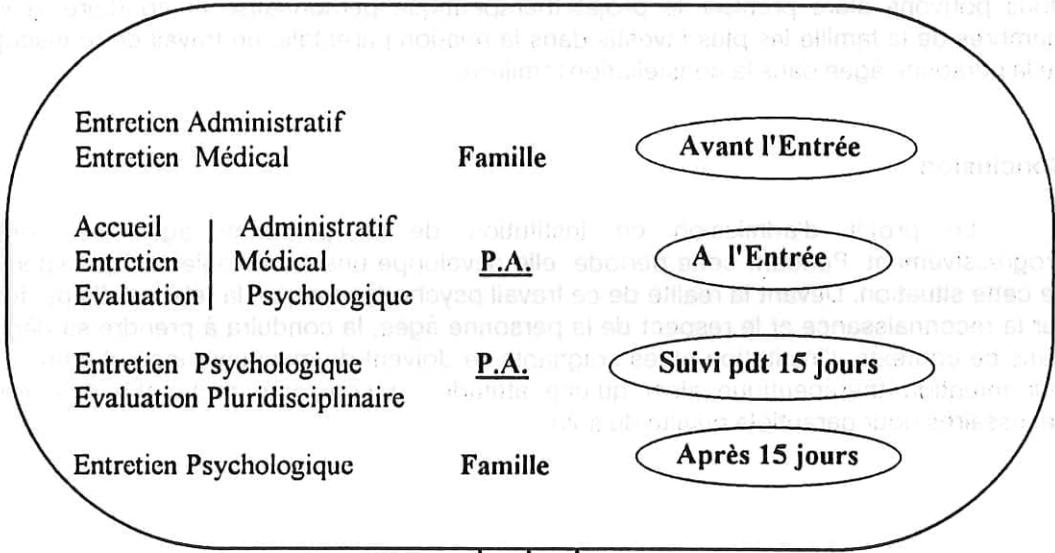
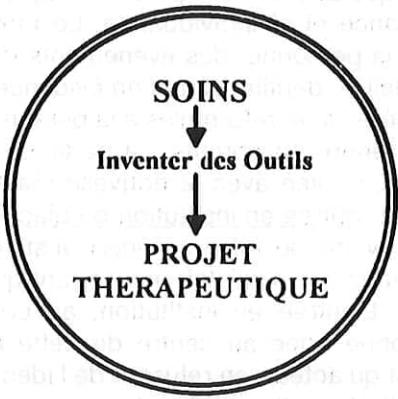
En effet, une observation rapide de notre démarche antérieure fait apparaître que les seuls intervenants avant la date de l'entrée sont les directions administrative et médicale. Le pôle administratif, soucieux de ses impératifs de gestion à partir d'une demande d'admission, sollicite l'accord du médecin sur le dossier, puis convoque le répondant pour présenter l'établissement et s'assurer de la solvabilité financière des demandeurs. Le pôle médical, saisi d'un certificat médical souvent peu fiable, apprécie la bonne adéquation du patient avec la structure. Nous ne pouvions pas être satisfaits par cette démarche restrictive.

HISTOIRE de la PROCEDURE

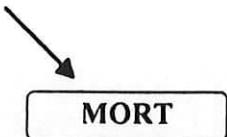


Le protocole que nous utilisons actuellement se déroule en plusieurs étapes, où, à chacune d'elles, un plan spécifique est mis en place auprès de la personne âgée et de sa famille. Avant l'entrée, la famille est reçue dans le cadre d'un double entretien administratif puis médical. Lors du premier contact pris à la réception, un entretien administratif avec la responsable de l'établissement est proposé à la famille. Enfin il est normal de faire visiter les locaux et de présenter les membres de l'équipe soignante qui auront à accompagner la personne âgée. A l'issue de cette rencontre, un entretien médical est demandé soit immédiatement, soit dans un second temps. Cet entretien est toujours réalisé avant toute détermination d'une date d'entrée. Aucune décision n'est prise immédiatement. Un délai de réflexion est imposé, au cours duquel la famille a toute liberté de provoquer un autre rendez-vous avec le répondant institutionnel de son choix. Ces entretiens donnent lieu à la rédaction de deux documents, d'une part une fiche de liaison (administration - service médical) comportant les indications d'identification et l'accord de compatibilité avec la structure ; d'autre part une observation de préadmission, document médical couvert par le secret. Ce document retrace l'histoire familiale abordant la généalogie et la vie personnelle. Il comporte des rubriques sur la vie professionnelle et sociale. Il étudie les antécédents somatiques, retrace la chronologie de la perte d'autonomie et repère l'évènement seuil de la rupture. Il caractérise les capacités opératoires actuelles, présente l'inventaire des réponses possibles en fonction du handicap. Cette observation sera ultérieurement intégrée au dossier clinique de la personne âgée, en cas d'admission. Pour la famille, il s'agit d'élaborer et d'étayer la demande de placement à partir d'une analyse objective de la situation de rupture dans l'histoire de vie de son parent. Il s'agit d'apprécier le travail de consensus établi vis à vis du placement et le niveau de participation de la personne âgée. A l'entrée, il convient de préparer l'accueil et l'accompagnement de la personne âgée. Pour cela, un document synthétique de présentation de la personne âgée, rédigé par le médecin, est donné à chaque soignant de l'unité d'accueil. Ce document situe la personne dans sa dimension sociale, somatique, psychologique et spirituelle. De même, une fiche d'appréciation du handicap est donnée, afin de finaliser l'installation matérielle, utile à un accueil personnalisé et adapté. Les formalités d'admission entraînent un second entretien administratif avec la famille. Puis la personne âgée est reçue par l'équipe d'étage, la responsable administrative, la psychologue et le médecin. Un premier bilan est ainsi établi et les moyens matériels nécessaires à l'installation sont mis en oeuvre. Pendant la période d'adaptation, dans un délai de quinze jours environ, un temps d'évaluation pluridisciplinaire permet une présentation globale de la personne à l'ensemble de l'équipe de soin au moment de la première synthèse. Cette évaluation sera basée sur l'écoute et l'observation de la personne âgée dans l'intention de reconstituer son histoire, de prendre en compte son attente, sa demande et son désir, d'entendre sa plainte et d'évaluer son handicap sur les plans somatique, comportemental et psychologique. Nous souhaitons préciser la démarche de la prise en charge psychologique, dont l'objectif est de connaître la personne âgée, son contexte familial et social et d'évaluer les demandes. Notre action thérapeutique prend donc en compte l'individu dans son entité, son organisation psychique et son inscription dans les systèmes familial et social. Dans ce contexte, nous avons pointé l'existence d'un espace d'articulation entre les deux types d'approche, psychanalytique et systémique.





LA PERSONNE AGEE PROCLAME OU RECUSE SON ADMISSION

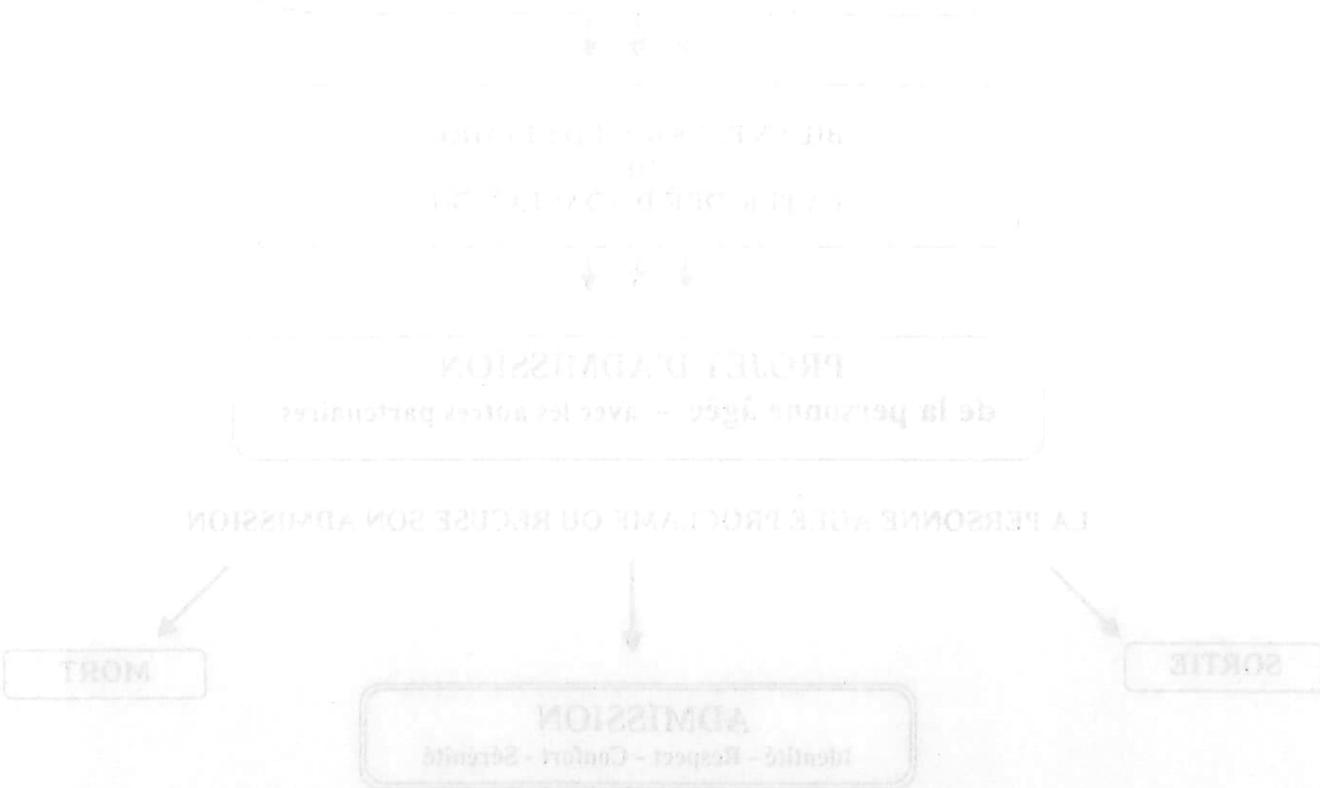


Ce travail psychologique auprès de la personne âgée s'intéresse aux problématiques de réassurance, reconnaissance et ré-individuation. Le thérapeute procède à une écoute approfondie de l'histoire de la personne, des événements de la période de crise et de son vécu de la procédure d'accueil. Il identifie et met en évidence les éléments objectifs de cette histoire personnelle. Ces repères sont reformulés à la personne âgée qui a ainsi la possibilité de les entendre et de les prendre en compte ; à partir de ce travail, elle peut accéder à d'autres modes d'expression, en lien avec la nouvelle réalité. Le thérapeute cible dans le discours les termes véhiculés : entrée en institution ou placement. Ce dernier terme, porteur de désappropriation de soi, voire de mise à l'écart, installe la personne âgée dans une situation de passivité, comme si elle n'existait pas en tant que personne mais comme objet que l'on place ou déplace. L'entrée en institution, au contraire, signifie une démarche dynamique portant la personne âgée au centre de cette nouvelle réalité. Il convient de réinscrire la personne en tant qu'acteur, en refusant de l'identifier à son comportement aussi déficitaire qu'il soit. Cette attitude, cette parole adressée, ce regard porté, constituent autant de confirmations données à la personne âgée de la permanence du sujet à lui-même.

Les entretiens psychologiques avec la famille ont pour objectif, par l'écoute et le soutien, d'explicitier sa demande et l'origine de cette demande. Cette pratique permet de redéfinir le symptôme et de faire circuler une parole porteuse de nouvelles significations. Nous pouvons alors préciser le projet thérapeutique personnalisé et conduire avec les membres de la famille les plus investis dans la relation parentale, un travail de ré-inscription de la personne âgée dans la constellation familiale.

Conclusion.

Le projet d'admission en institution de la personne âgée se construit progressivement. Pendant cette période, elle développe une sémiologie clinique spécifique de cette situation. Devant la réalité de ce travail psychodynamique, la relation d'aide, fondée sur la reconnaissance et le respect de la personne âgée, la conduira à prendre sa décision. Dans ce contexte, l'institution et les soignants se doivent de maintenir une cohérence dans leur intention thérapeutique ainsi qu'une attitude de constante recherche des moyens nécessaires pour garantir la qualité du soin.



"RESUME DE L'INTERVENTION"

Marianne PRAT, Maryse LALOUET

*

Je voudrais vous parler des "petits services rendus" en institution gériatrique comme faisant partie des interactions silencieuses qui constituent le quotidien.

En effet, bien qu'il soit rémunéré par un salaire, il semble que l'acte du soignant conserve quelque chose de la dimension du don. Ces petits services rendus sont ressentis comme des suppléments "en prime", réalisés pour le plaisir. Cela peut être par exemple, pour Mme M dont on vient de vous parler, de remettre à l'heure le coucou ; avec toutes les précautions que nécessitent la manipulation de ce vieux compagnon. Mais il peut s'agir aussi d'arroser la plante, reçue en cadeau d'une personne chère, ou de conserver en lieu sûr, c'est-à-dire le cabinet médical, les piles de rechange de l'appareil auditif ou encore l'achat d'une paire de chaussons pour Mme G. qui ne sort pas et n'a plus de famille.

Le soignant agit dans le cadre de son travail et pourtant la personne âgée semble y découvrir une toute autre valeur, au-delà de l'acte professionnel, comme si la dimension du don était malgré tout maintenue. Le soignant montre là, son intérêt pour la personne âgée et le plaisir qu'il prend à s'en occuper.

Ces petits gestes gratuits de la vie quotidienne prennent donc une importance considérable chez des personnes souffrant de troubles narcissiques : le don que l'on reçoit signifie que l'on est suffisamment digne d'amour pour que l'autre prenne plaisir à vous offrir-symétriquement, le don que l'on fait signifie que l'on est capable d'offrir et de créer du plaisir chez autrui.

Le don constitue bien le moteur d'un échange dont il faut entendre la valeur symbolique : les "petits services rendus" en témoignent.

* Gériatre, Centre de Gériatrie de Cuire, 14 rue Pasteur, 69300 Caluire.

ENTRE LE MEILLEUR ET LE PIRE, LES SOINS EN INSTITUTION

A PROPOS D'UN CAS CLINIQUE

Françoise ANTHONIOZ-BLANC *, Discutant : Pierre CHARAZAC **

Monsieur C., 84 ans, est admis en service long séjour, dans une unité recevant des patients affichant une dépendance psychique mais conservant des capacités de déplacement correctes, et dont s'occupe mon confrère. La lettre émanant du service de psychiatrie qui l'adresse, le présente comme étant un patient ralenti, parlant peu et dépressif. Mais l'entrée dans le service sera très vite suivie du "réveil" de ce patient qui va rapidement faire preuve d'agitation et se montrer agressif envers les pensionnaires du service : il les tape au moindre geste réprobateur, après leur avoir volontiers emprunté leur lit... Ce qui déclenche une intolérance à son égard, à laquelle il répond violemment. Cette impulsivité et ces passages à l'acte le conduiront à deux reprises à être réhospitalisé en psychiatrie, dans le service qui le connaît bien, avant de réintégrer le long séjour apparemment stabilisé sous neuroleptiques.

C'est alors que le malade amorce un nouveau virage : il devient somnolent, la marche est émaillée de chutes à répétition, et c'est finalement véhiculé en fauteuil roulant qu'il descend dans l'unité de long séjour dont j'ai la charge et qui accueille des malades très dépendants.

Lors de l'examen d'entrée, je constate chez ce patient un refus manifeste de communication, avec une conversation réduite à un ou deux mots, un état de désorientation temporospatiale avérée, associé à une altération de la vigilance ; sur le plan somatique, outre les multiples hématomes qui couvrent son corps et son faciès, je décèle la présence d'un syndrome extrapyramidal. Constatations qui me conduisent à stopper les neuroleptiques.

Les jours suivants, le malade s'enfonce vers un état grabataire (avec une raideur oppositionnelle aux tentatives de lever et de mise au fauteuil), il refuse de s'alimenter et de prendre son traitement. C'est alors que nous parlons de M. G. en réunion d'équipe : l'avis des soignants diverge du mien. Pour eux "ce malade est las, il ne demande qu'une chose : qu'on lui fiche la paix, alors à quoi bon l'embêter avec nos soins ?". Pour moi : il faut lutter contre cet état de refus, d'opposition chez un patient qui me semble nous interpeller par son attitude, et ne m'apparaît nullement désireux de quitter la vie. Et c'est cette attitude active, conforme à ma conviction, que j'impose à l'équipe soignante, tout en instaurant parallèlement un traitement antidépresseur sédatif (Miansérine).

Très vite la vigilance s'améliore et M. G. reprend l'alimentation (avec l'aide patiente mais perspicace des soignants). M. G. semble se réouvrir lentement au monde qui l'entoure et j'instaure alors le traitement par Modopar de son syndrome parkinsonien.

* Gériatre, Hôpital Local, Bd Victor Hugo, B.P. 7, 38351 LA TOUR DU PIN Cedex

** Psychiatre, Hôpital Saint Jean de Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon Cedex 08

* Maison de Retraite A. Morlot, Lyon.

L'évolution favorable se poursuit, et quatre mois après son entrée dans l'unité, lors de la réunion qui lui est à nouveau consacrée, l'équipe soignante souligne avec satisfaction la franche amélioration du patient qui désormais s'alimente, se déplace seul dans le service, et va à la rencontre des autres (il vient dans les offices, pénètre dans les bureaux...), la conversation bien que réduite à de courtes phrases se noue aisément. Tout ceci avec nous soignants, mais pas en présence de sa fille, qui devra patienter davantage pour que son père lui montre toutes les aptitudes retrouvées.

Bien qu'allant mieux, M. G. ne se laissera pas oublier. Désinhibé par les thérapeutiques, il saura l'été venu se montrer quelque peu agressif lors de la toilette et du coucher. Une nouvelle fois l'équipe s'interrogera à son sujet : il apparaîtra que le patient n'apprécie guère aux beaux jours de quitter la terrasse pour rejoindre son lit vers 17 heures... Et c'est l'équipe qui parviendra à s'organiser pour qu'il soit couché plus tard par les veilleuses de nuit. A ces heures il s'avère plus docile.

Actuellement, M. G. est toujours parmi nous et il n'a pas cessé, je crois, de nous interpeler...

DISCUSSION

La présentation de M. G. par Françoise ANTHONIOZ-BLANC m'intéresse au moins à deux titres, parce qu'elle soulève l'importante question du traitement psychique des agirs du patient dément en institution et parce que j'ai été personnellement impliqué dans le travail familial qui a précédé l'entrée de M. G. en long séjour.

Une telle admission se décide toujours en termes de comportement ou d'état somatique, comme si elle nous imposait de faire au seuil de l'institution le deuil du psychique déposé en souffrance dans la famille "placeuse". Or il n'est pas douteux qu'une trace de ces restes abandonnés à l'extérieur fasse retour dans le comportement du patient mais aussi des autres protagonistes du placement (dans les interactions de l'équipe soignante et de la famille). Toute la difficulté est alors de ne pas tomber les uns et les autres sous l'emprise d'une répétition, sur le mode des agirs. Il est à cet égard remarquable de voir comment des réunions ont permis à F. ANTHONIOZ-BLANC et à son équipe de sortir de ce qui prenait la voie de la pure répétition.

Il est aussi remarquable que ces temps de parole n'aient pas fait intervenir ces systèmes de sens ou de représentations théoriques auxquels nous autres "psychistes" avons facilement recours quand le dément (comme le psychotique) nous confronte à une réalité insupportable. Ici, nulle interprétation qui pourrait être une tentative de réponse à l'agir par un contre-agir intellectuel opérant plus ou moins dans la toute-puissance de la pensée. Nous devons distinguer ici la mise en représentation nécessaire au rétablissement de la continuité de notre travail de pensée (et à la restauration de notre narcissisme) de l'explication théorisante qui n'a pas véritablement en vue la compréhension d'une interaction comportementale, mais plutôt sa maîtrise.

Nous avons trop souvent tendance à oublier que l'économie comportementale et somatique du dément n'est pas purement défensive mais qu'elle joue comme le dernier registre par lequel le psychisme du dément, privé de ses moyens de symbolisation, peut encore s'inscrire dans la réalité extérieure. Les équipes soignantes ne s'y trompent pas, qui ne répondent pas par l'interprétation mais elles aussi dans le registre comportemental et corporel (comme la mère qui n'interprète pas au bébé mais interagit avec lui). Je ferai par contre l'hypothèse que les temps de réunion institutionnelle (impliquant la suspension momentanée de ces interactions et leur symbolisation aussi bien que celle de M. G. absent) ont créé un espace nouveau à la fois étayant et ouvert : étayant pour les processus de symbolisation dont se nourrit le travail psychique et ouvert à une série d'affects et d'images ne pouvant être repris nulle part ailleurs. L'interrogation sur l'institution accueillant des patients dits dépendants doit ouvrir avec les soignants en souffrance un espace qui ne soit pas saturé à l'avance de

représentations préformées et fétichisées, à visée plus ou moins opératoire, ne leur laissant à leur tour pas d'autre issue possible que les agirs. Un espace ouvert à l'expérience.

Je n'évoquerai qu'en dernier lieu la série d'entretiens que j'ai eus pendant l'année qui a précédé l'entrée de M. G. en institution avec lui-même, sa femme et sa fille. Il me fut particulièrement difficile d'assurer ensuite le suivi psychiatrique de M. G. tout en faisant le deuil du groupe familial que j'avais investi durant tant de mois. Ses deux réhospitalisations successives dans mon service montrent bien qu'en dépit du travail que nous avons fait sur la séparation, je n'avais pas entièrement renoncé à l'illusion de pouvoir l'éviter, puisqu'à chaque fois, j'ai à nouveau reçu Mme G. et sa fille tandis que je n'ai jamais vu Mme G. dans le long séjour. Ces mises en acte étaient certainement porteuses d'un déni partagé avec le groupe familial. Elles nous ramènent ainsi au point de départ de cette discussion, en montrant que pour nous aussi le placement implique le deuil de l'illusion de pouvoir traiter psychiquement tous les niveaux de la crise familiale, sans qu'intervienne cet agir décisif qui comportera forcément des restes non élaborés.

L'INSTITUTION-THEATRE

Paul MAGDINIER *

Les patients reproduisent dans le microcosme du service le schéma de leur maladie, amplifié par l'institution qui, comme le théâtre, joue le rôle de loupe.

Trois cas types, celui du "hors-lieu", celui du "poisson" et celui de "l'inaperçu" illustreront mon propos, trois cas types qui sont également des classiques institutionnels.

1. "LE HORS-LIEU"

M.S., 71 ans, est adressé par son médecin traitant pour syndrome dépressif avec tentative de suicide médicamenteuse. Un psychiatre consulté suspectait un début de démence sénile.

L'histoire clinique comme sa position à l'égard de l'institution vont infirmer ce diagnostic.

Ancien bijoutier, veuf depuis deux ans, père de trois enfants tous bijoutiers sauf le dernier, avec des petits enfants également bijoutiers, M.S. vivait dans les Hautes-Alpes où le climat sec était censé améliorer une ancienne spondylarthrite ankylosante.

Marié cinquante ans, son épouse est morte en dix-huit mois d'une maladie de Charcot. Après le décès de sa femme, il a résilié le bail de son appartement. Il est allé vivre chez une nièce à LYON, partant de bon matin dans le quartier où il a vécu et travaillé autrefois, et ne revenant que tard le soir.

Cette solution étant transitoire, il est allé habiter ensuite chez son dernier fils. Mais, là non plus, il n'a pas sa place. Aussi, cet homme, sans feu ni lieu, avait fini par trouver dans les bistrots un refuge obligé, et dans le blanc limé un compagnon rapproché.

Il est admis à l'hôpital au moment où il venait d'emménager dans un studio tout neuf, qu'il ne peut décidément pas habiter.

Or, que manifeste ce patient dès son entrée dans le service ? Son leitmotiv s'exprime par la petite phrase : "Ce n'est pas ma place ici". Et de fait, depuis la cessation de son activité professionnelle, depuis le décès de sa femme, M.S. souffre d'une perte de rôle. La difficulté sur laquelle il bute dans le service est à l'image de la difficulté qu'il rencontre dans sa vie actuelle.

Il ne trouve pas plus sa place dans le service qu'il ne la trouve au dehors. Il se sent complètement déchu, "un reste" comme il le dit lui-même, et c'est ce reste qu'il a voulu faire disparaître.

* Psychologue Clinicien, Hôpital Saint Jean de Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon Cedex 08

2. "LE POISSON"

Mlle S., 78 ans, vit dans les institutions depuis fort longtemps. Placée très jeune par ses parents parce-qu'elle était laide et contrefaite, elle a fait son chemin d'internats en institutions spécialisées.

Après un long séjour au Vinatier, elle est entrée, la maturité aidant, dans un centre de gériatrie. Elle s'y est faite sa place. Que trop ! De l'institution elle connaît toutes les coulisses, toutes les infractuosités, toutes les fissures, toutes les ficelles qu'elle sait tirer.

L'institution lui tient lieu de famille. Ses liens avec les personnes et les murs sont de la sorte de ceux qu'une petite-fille tisse avec sa parentèle et l'espace de la maison. Célibataire endurcie, l'institution est allée jusqu'à favoriser ses entreprises amoureuses, avec des bonheurs divers. Extrêmement sociable, elle se nourrit de tous les propos entendus. Sa réflexion et sa pensée en sont gorgées. Elle affectionne les lieux de passage d'où elle peut, assise, suivre et commenter les mouvements de chacun.

En abandonnique cautérisée, "Mlle S" se meut dans l'institution comme dans la vacuole maternelle et s'y nourrit du plancton local. Son abandonnisme se dilue dans le milieu institutionnel. Tout lui est bon, et sa voracité ne connaît pas de limite. L'institution de long séjour a pris pour elle la forme ovoïde du ventre maternel.

3. "L'INAPERCU"

DOSTOIEVSKI disait qu'il n'existe pas de plus grand châtement que de passer inaperçu au milieu de ses semblables. C'est pourtant ce qui arrive à M.B., qui s'en accommode fort bien. Dans l'espace du service, M.B. ne se cache pas. On s'inquiéterait de sa disparition(1) . On irait le chercher. Non, Monsieur B. se tient au milieu des autres. Il parle. Il dit les phrases les plus conventionnelles. Il sait, à l'occasion, se montrer aimable. Il est doux, tolérant, et n'élève pas la voix. Mais il n'en pense pas moins.

Comme disent les psychanalystes qui l'ont bien vite repéré, il est en faux-self. Il ne peut exister qu'à condition de ne pas être deviné. Il est hospitalisé à la suite d'ivresses aiguës et répétées au cours desquelles il met sa vie en danger. Un pacte tacite est noué entre ses congénères et lui.

Chacun sachant implicitement ce qu'il en est, fait comme s'il n'en était rien. Ainsi, échappe-t-il à toute emprise et occupe-t-il une position invulnérable. Il est tapi dans l'institution dont il devient un objet intérieur. Un masque que l'on croise sans arrêt sans qu'il n'attire l'attention.

Ce modus vivandi lui permet, comme le papillon qui imite la feuille sèche sur laquelle il s'est posé, de se confondre avec son environnement.

CONCLUSIONS :

Trois constats se dégagent :

1. L'institution est révélatrice. Les difficultés auxquelles se heurtent les patients dès l'entrée dans l'institution, loin d'être occasionnelles, sont toujours en rapport avec les motifs de base de la maladie.

(1) Une autre figure classique est celle de l'homme qui se cache dans les placards.

Les patients montrent encore plus qu'ils ne le disent, la nature de leurs difficultés. Il y a là l'occasion d'un point de butée sur lequel peut s'amorcer le travail psychothérapeutique.

2. L'institution est un théâtre qui permet le théâtre dans le théâtre.

Au fil de leur séjour, les patients reproduisent à l'intérieur du service leur propre théâtre intérieur. Dans la mesure où les soignants sont attentifs à cette dimension, le travail thérapeutique trouve là son fil d'Ariane.

3. Enfin, il est remarquable que si les patients ne rencontrent pas toujours ce qu'ils souhaitent dans l'institution, ils s'y adaptent souvent trop bien. "L'inaperçu", le "poisson" et le "hors-lieu" retrouvent dans l'institution le thème majeur de leur difficulté et en même temps le moyen de le colmater. L'institution, comme le lait de nos nourrices, est susceptible de tourner, et de révélatrice voire même de thérapeutique, peut devenir iatrogène.