



**VIEILLIR À LA FOLIE ?
QUESTIONS D'AUJOURD'HUI SUR
LES PSYCHOPATHOLOGIES
DU SUJET ÂGÉ**

**25^e JOURNÉE D'ÉTUDE DE L'A.R.A.G.P.
LYON, 21 JANVIER 2012**

VIEILLIR A LA FOLIE ?

QUESTIONS D'AUJOURD'HUI

SUR LES PSYCHOPATHOLOGIES DU SUJET AGE

VIEILLIR A LA FOLIE ?

Vieillir à la folie, serait-ce vieillir jusqu'à perdre la raison, comme on aime parfois, jusqu'au bout de soi, férocement, absolument, quoi qu'il en coûte, par amour de l'autre ou de la vie, par impossibilité de le ou de la perdre ?

Vieillir à la folie, serait-ce folie du vieillir, un désordre psychique apparaissant ou se révélant dans les mouvements de vie et de mort qui font de l'homme, un vieil homme, désordre psychique inattendu, déséquilibrant la vie affective, laissant libre court à la redoutable créativité de la souffrance intime.

Vieillir à la folie, serait-ce vieillir démentalisé, déssubjectivé, décérébré, out les neurones, la plasticité neuronale...placent à l'oubli, à l'incohérence, à l'errance, à la déconnection, et autres humanités en perdition. Restent alors quelques « hoquets d'essentiels »¹ rarement saisis par autrui.

Et ma pensée vagabonde vers Maurice, le névrosé obsessionnel, déchu et impuissant, vers Antoinette, pauvre Cosette, qui se réveille un beau jour toute ridée, sans corvée à faire pour les autres, la mort rodant autour d'elle et de sa fille malade....et vers Raymond, le délirant.

Raymond, 84 ans, est triste parce qu'il a assisté à la mort de son arrière petite-fille qui s'est étouffée avec un morceau de carotte. Il veut en finir avec la vie mais n'a pas le droit, il est

¹ Expression empruntée à Aimé Césaire

croyant. Et Raymond est en colère, il ne supporte plus son nouveau voisin, celui par qui son malheur arrive parce qu'il n'est pas poli, parce qu'il prend l'ascenseur en même temps que lui, parce qu'il lui fait peur, c'est un voyou...

Raymond perdrait-il la tête ? Serait-il malade d'Alzheimer ? Lui ne pense pas perdre la raison, il est seulement en colère, il veut seulement être respecté et personne ne lui vient en aide, pas même la police, pas même le procureur.... Raymond veut être respecté et demande que son voisin soit mis en prison ou mis à la rue. Il ne veut pas de voyou dans son immeuble où il a vécu heureux et sans ennuis. Il ne veut pas, à 84 ans, être « *un voyou parmi les voyou* ».

Un voyou ?

Raymond associe : « *ils sont paysans chez moi sauf moi, parce qu'on m'a mis en pension, j'avais les capacités, et on a dit à mon père qu'il fallait me faire faire des études. Au moment de mon départ pour la pension, mon père a dit à tout le monde : « celui-là ça va faire un voyou »... il avait peur de moi mon père, euh pour moi, et pensait que je ferais de mauvaises rencontres et manque de bol... j'ai réussi.* »

Raymond poursuit son discours en parlant de deux de ses frères, morts, honteusement, parce qu'ils se sont suicidés : l'un noyé ; l'autre pendu. Sa mère aussi s'est suicidée mais il ne faut pas en parler. Deux autres frères ont perdu la tête... Raymond est le seul dans la norme.

Raymond ne voudra pas poursuivre nos rencontres, il a assez parlé, il était juste venu pour faire plaisir à sa fille et vérifier que sa mémoire allait bien. Il pensait que je pourrai l'aider à faire mettre son voisin en prison...

Deux ans après, Raymond est revenu, contre toute attente.... La colère gronde alors, les voisins qu'il appelait « les Laurents » sont devenus « les Leviers », (à entendre comme un levier, mais aussi comme un « vier », ce qui veut dire pénis en argot méditerranéen). Raymond veut tuer le chef de famille. Il pense que je vais l'aider à le supprimer... il a droit de le tuer puisque c'est pour se défendre. Il veut que je lui donne un pistolet. Je lui demande s'il pense toujours à son voisin...

Raymond précise : « *si la nuit je pense à lui, à ce « Levier », pour ne pas y penser, je rêve que je joue aux boules, je tire, je tire, je tire très bien et je...* » Raymond se redresse, lève les bras et dit : « *je ne sais pas pourquoi je rêve à ça, je n'ai jamais joué aux boules* ».

Raymond le délirant, pas si délirant qu'il y paraît, suspecté d'être dément, a tant à dire, de et par, son délire, de son histoire, de ses souffrances fondatrices chamboulées par ce « Levier », excitant beaucoup trop, Raymond si vulnérable dépourvu de ce qui a colmaté ses failles...

Raymond, qui s'applique encore à faire mentir son père, en étant un homme respectable, ni voyou, ni débauché, ne tenterait-il pas, grâce à la projection de la haine sur son voisin, de traiter ce qui effracte l'idéal, ce qui parvient difficilement à être refoulé, ce qui, de la pulsion et de la névrose de transfert, ne trouve pas de voie de dégagement et de régulation....

Raymond, MMS 24/30, ne serait-il pas en train de développer un syndrome frontal ?

Qui va oser trancher ? Est-il possible de concilier deux approches en apparence si éloignées ? Que va-t-on pouvoir proposer à Raymond pour aller mieux ?

En 1980, qu'aurait-on considéré en premier chez Raymond, les troubles cognitifs légers susceptibles d'évoluer, ou ce que donnent à entendre ses mots, traçant une ligne organisatrice entre le vieil homme qu'il est et l'enfant qu'il a été ?

Vieillir à la folie, folie du vieillir, qu'en penser en 2012 ? Quelles approches psychothérapeutiques développer ? Des spécialistes, penseurs, cliniciens ont accepté de nous aider à réfléchir... nous en sommes très honorés et les remercions très sincèrement. Je vais pour ma part, les écouter en compagnie de Raymond.

Mireille TROUILLOUD
Vice-Présidente de l'ARAGP

SOMMAIRE

- Sexualité, Performance, Idéal.Page 5**
Consentir au vieillissement au 21^{ème} siècle, entre inachèvement et accomplissement
Benoît VERDON
- Psychanalyse et troubles cognitifs, une riche alliancePage 19**
Florence QUARTIER
- Autour de la prévention. Prise en charge des familles.....Page 27**
Françoise GUINGAND
- Le soin psychique : à domicile aussi ?.....Page 43**
Françoise NAZ
- Entre dépression, démence et schizophrénie,
le délire tardif a-t-il encore droit de cité ?.....Page 50**
Véronique CHAVANE et Cédric GRANET

SEXUALITE, PERFORMANCE, IDEAL

Consentir au vieillissement au 21^{ème} siècle, entre inachèvement et accomplissement

Benoît VERDON ²

Permettez-moi tout d'abord de vous dire, chers membres de l'ARAGP, chers collègues réunis nombreux en ce jour, combien votre dynamisme, l'ancienneté et la régularité de vos séances de travail, de vos colloques et de vos publications sont précieux pour tout professionnel qui travaille dans le champ gérontologique et pour qui il importe que la psychanalyse puisse demeurer un repère conceptuel central. Cet adossement me semble absolument précieux en ces temps où la causalité psychique, qui interroge les liens entre processus inconscients et processus conscients, et la temporalité psychique, autrement plus compliquée que l'expérience du temps qui passe, sont volontiers ignorées dans la compréhension des fragilités et des ressources psychiques des femmes et des hommes qui vieillissent, qu'ils vieillissent somme toute sans grand dommage ou qu'ils vieillissent dans des conditions franchement éprouvantes.

Peut-on vieillir à la folie comme on peut aimer à la folie ? Au risque de l'excitation et de la démesure, au risque d'être emporté, d'en perdre la raison, de perdre pied ? Que l'on perde pied, ou que l'on perde la tête, et peut-être parfois son âme (quand la psychopathologie se déploie au sein d'actes délictueux qui malmènent l'intégrité physique ou psychique d'autrui), la question qui se pose toujours est celle de la possibilité de traverser ce moment de folie, ou peut-être d'y demeurer, faute de pouvoir prendre place ailleurs, en aménageant ça et là des espaces de respiration, des espaces de vie qui permettent un tant soit peu de juguler l'angoisse, la dépression, la violence. « *Le problème n'est pas de tomber*, dit Miguel de Azambuja, dans son très beau livre *Et puis un jour nous perdons pied* (2010),

² Psychologue clinicien, Psychanalyste, Professeur des Universités, Université Paris Descartes.

cela nous arrive à tous à un moment ou un autre. Le problème, c'est de ne plus retrouver le sol. Parfois, pour éviter la chute, quelques-uns évitent le sol pour habiter l'envol, et pensent pouvoir vivre ainsi, déracinés, inauguraux, en étant leur propre origine. D'autres ont du mal à se lever, s'entremêlent avec le sol, finissent par s'y enterrer. Les hommes pressés et les hommes enterrés ont du mal à trouver une vie qui permette le sol et l'envol, la route et les rêves ».

L'argumentaire de cette journée soulève la question de la contextualisation de la psychopathologie, question complexe et passionnante concernant le fait de nouvelles psychopathologies, de nouvelles expressions symptomatiques, de nouvelles épistémologies. La dynamique des réflexions psychopathologiques sont animées aujourd'hui de ces diverses réalités, réalités qui participent tout à la fois de la réalité externe, des phénomènes sociaux, économiques, politiques, biologiques et environnementaux qui sont ceux d'une époque, mais aussi de la réalité du regard que nous portons sur ces phénomènes. Et pour comprendre ce qui se passe de nos jours, il importe de se situer dans le temps et l'histoire des idées.

L'accent porté aujourd'hui par certains sur la rééducation des « fous » afin de les rendre raisonnables, comme tout le monde, et sinon, pas gênants, pas visibles, transparents, obéissants, dociles aux cases du DSM et aux directives de l'industrie pharmaceutique, cet accent stigmatise la personne, la réduit à ce qui la trouble et trouble l'ordre social. De même, l'accent souvent exclusif et excluant mis sur la contribution neurologique de la maladie d'Alzheimer, dont je ne mets pas en cause la réalité, court le risque, là encore, d'occulter la personne derrière son cerveau, derrière les « SCPD », les « symptômes comportementaux et psychologiques de la démence » comme on les appelle, les nécessaires traitements médicamenteux, voire les tests génétiques qui permettraient le diagnostic avant l'apparition du moindre prodrome, au détriment de la relation du sujet avec les soignants, ses proches, lui-même.

On connaît les collusions entre « perdre la raison » et « n'avoir pas raison ». Les travaux de Michel Foucault (1961) sur l'histoire de la folie ont démontré cela de façon magistrale. La folie, l'excès, la démesure engagent toujours le risque du rejet, lequel participe pour une bonne part de mouvements projectifs où l'on incrimine l'autre pour ne pas s'affronter à sa propre part de folie, à ce qui, en soi, désire transgresser, subvertir, renverser, à ce qui en soi se révèle fragile, mal contrôlé. Cette dialectique complexe entre normalité et pathologie, cette limite dynamique entre les variations de la normale et la folie du quotidien constitue un champ de questions passionnantes concernant l'image que chacun a de lui-même, concernant les représentations collectives.

Au Moyen-Age, par exemple, mais on sait combien cela demeure problématique, même si les choses bougent, l'expression du sexuel chez les adultes âgés était source de

scandale. Dans *Le Roman de la Rose* de Jean de Meun (1270), Vieillesse est une figure vénale et coquette qui prodigue de mauvais conseils à l'Amant. Dans certaines images et enluminures³, la vieille femme est virilisée, ou fardée et embijoutée à outrance, active dans la séduction, toxique parce que ses menstrues ne s'écoulent plus, n'hésitant pas à dévoyer de pieux jeunes hommes au cours de leurs pèlerinages. Figure de la sorcière dont les secrets échappent au regard et au savoir des hommes, la *vetula*, vieille femme souvent enlaidie, cependant libre et expérimentée, solitaire et indépendante, endurente et coriace, peut se révéler une dangereuse entremetteuse qui se venge des hommes, de leur infidélité, de leur arrogance et de leurs railleries, une maquerelle déraisonnable qui nuit à la vertu des jeunes femmes qu'elle avorte si besoin, qu'elle détourne de leur chaste rôle d'épouse et de mère en les initiant à la sexualité, aux sentiments et aux tactiques de la séduction afin qu'elles ne soient pas dupes des hommes.

A contrario, la plupart des vieux hommes sont représentés dotés d'une certaine vitalité, notamment ceux qui sont puissants de par leur statut social, ou ceux qui, célèbres (tels les personnages bibliques), sont préservés dans leur image extraordinaire, quasi intouchable ; d'autres sont représentés dans des situations de grande vulnérabilité, corps alourdis obligés de se vêtir chaudement et d'utiliser cannes et béquilles, les yeux mi-clos et la bouche tombante, somme toute peu dangereux, suscitant empathie ou dénigrement. L'homme âgé demeure en fait respecté dès lors qu'il satisfait aux idéaux de civilisation, qu'il donne à voir la possibilité d'un renoncement pulsionnel et qu'il continue de remplir un rôle social qui peut être utile à autrui (savoir scientifique, littéraire, religieux, fortune accompagnée de générosité, temps consacré à la pénitence et à la prière). Mais le vieil homme déraisonnable qui se laisse aller à sa sexualité (images d'étuves où se déroulent des orgies avec de jeunes prostituées) rencontre par contre la désapprobation et la moquerie. L'injonction à n'avoir plus de désir parce qu'âgé est ferme, et seules les représentations de vieilles personnes redevenues jouvencelles et jouvenceaux après s'être plongées dans la fontaine de Jouvence ou avoir consommé de l'élixir de longue vie sont susceptibles de se jeter légitimement dans de nouvelles aventures amoureuses et sexuelles, même non encore sorties du bain...

Ainsi, la présence de la Vieillesse dans les images et dans les textes se révèle loin d'être seulement anecdotique ; elle sert en effet souvent un discours moralisateur qui dénonce la vanité de la vie, son caractère transitoire et éphémère, la nécessité de la raison et de la sagesse, la préparation du salut. Mais surtout, elle est susceptible de nous intéresser en ce qu'elle rend compte d'un traitement de la vieillesse qui est essentiellement l'œuvre d'hommes, très souvent des religieux. Ils veillent tout à la fois à préserver la *virilitas*

³ http://fr.wikisource.org/wiki/Po%C3%A9sie_du_moyen-%C3%A2ge_-_Le_roman_de_la_rose_-_cite_note-1

(la virilité) derrière le *senectute* (la sénescence), et à minimiser les signes d'une vieillesse avilissante pour l'homme. En revanche (encore que ce ne soit pas forcément les mêmes, la plupart des œuvres ne sont pas signées, surtout lorsqu'il s'agit d'enluminures scabreuses discrètement apposées sur les pages d'un livre de prières...) ils n'hésitent pas à représenter de façon soutenue la vieille femme prompte à susciter, seule ou en groupe, tant le dégoût que l'effroi, séductrice mystérieuse et dangereuse, bestiale, qui bien que diminuée par les effets du temps, n'en est pas moins nantie tantôt de bijoux, tantôt d'armes invasives sur lesquelles reposent des trophées récoltés. Parfois remise dans un coin de l'image, discrète et effacée, dans l'attente de la nourriture et des soins qu'on voudra bien lui prodiguer, la vieille femme est plus souvent représentée sous une forme enlaidie et grotesque, qui dénonce la déraison du vieux cœur qui ne renonce pas, du corps mutilé qui ne se résout pas à prendre sa retraite. Les auteurs de ces représentations trouvaient là un lieu d'expression de leurs angoisses vis-à-vis de la sexualité féminine, et de leurs inquiétudes à propos de la castration, de l'impuissance et de la passivité.

Or le vieillissement ne cesse de mettre ces questions sur le métier et d'interroger chacun quant à sa capacité à endurer la remise en question de son intégrité et ce, malgré les changements apparents des modèles et des normes. Voyez combien notre société contemporaine pose un regard compliqué sur le vieillissement, particulièrement marqué par une exigence de la performance. Le livre remarquable de Billé et Martz, *La tyrannie du bien vieillir* (2010), montre combien « bien vieillir » signifie en fait « ne pas vieillir », ne pas donner à voir aux autres (ce qui problématise fortement le rapport à soi) ce qui, du vieillissement, rappellerait sa dimension de perte, jugée négative, péjorative, indécente.

Je vous propose, pour continuer de penser ce paradoxe qui peut rendre fou, de réfléchir à partir de deux domaines majeurs de la vie, la sexualité et la cognition, qui, l'une et l'autre, servent à séduire et sont associées, parfois réduites, à l'idée de performance.

Romain Gary fait dire à Jacques Régner, le héros de *Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable* (1975) : « *J'avais trente-sept ans de plus que Laura et je commençais à guetter mon corps comme s'il était celui d'un étranger qui était venu prendre ma place. J'avais du mal à me débarrasser de cette vigilance dont je connaissais pourtant l'insidieux péril et, après l'étreinte, il m'arrivait d'être plus heureux parce que j'avais été " à la hauteur " que d'être tout simplement heureux.* »

Maupassant dit d'Anne de Guilleroy, héroïne de *Fort comme la mort* (1889) : « *Il fallait bien qu'elle vieillît, comme il fallait qu'elle mourût ! Mais pourquoi si vite ? Des femmes restaient belles si tard. Dieu ne pouvait-il lui accorder d'être une de celles-là ? Comme il serait bon, Celui qui avait aussi tant souffert, s'il lui abandonnait seulement deux ou trois ans encore le reste de séduction qu'il lui fallait pour plaire ! Elle ne disait point ces choses, mais*

elle les gémissait vers Lui, dans la plainte confuse de son âme. Puis, s'étant relevée, elle s'asseyait devant sa toilette, et, avec une tension de pensée aussi ardente que pour la prière, elle maniait les poudres, les pâtes, les crayons, les houppes et les brosses qui lui refaisaient une beauté de plâtre, quotidienne et fragile ».

Regardez comme les choses sont aujourd'hui tout à la fois similaires et changées : les publicités mettent l'accent sur l'idée terrible de produits « anti-âge » où les hommes sont également représentés/utilisés pour vendre des crèmes et des activités sportives et non plus seulement des conventions obsèques ou des adhésifs pour dentiers.

Concernant la cognition, on observe de nos jours un contraste saisissant entre la prudence interprétative dont font preuve bien des psychologues cliniciens, scolaires ou spécialisés en neuropsychologie vis-à-vis par exemple de l'établissement d'un score d'évaluation de l'intelligence comme le QI ou de l'évaluation de processus cognitifs, et l'avidité médiatique, industrielle et populaire à proposer des évaluations de l'intelligence par le biais de tests et d'exercices dans des magazines, des émissions de télévision, des jeux vidéos ou des sites Internet. Bien des psychologues expriment leur inquiétude devant cette dérive : faire de l'efficacité cognitive un atout narcissique qui pourrait être réduit à des scores chiffrés que l'on afficherait, une preuve d'un avenir assuré et brillant, ces considérations révèlent la fascination sous-jacente à l'utilisation des tests et le poids des pressions conséquentes, le risque de réduire quelqu'un à une appréciation objective mais partielle de son intelligence et de sa cognition.

« *Vieillir est un exercice périlleux dont on connaît le dénouement* » soutient avec force Henri Danon-Boileau (2000, p.9), et notamment périlleux au plan narcissique. Vieillir engage en effet des dessaisissements nombreux, physiques, sociaux, cognitifs et psychiques, condensés en une expérience narcissique majeure du fait du spectre de la mort, de l'idée radicale et violente, de ne plus exister un jour, de n'être plus à même de ressentir et de connaître, de n'être même plus là pour s'assurer que les objets aimés n'ont pas effacé nos traces et nos noms.

J'ai été très frappé au fil des années de ma pratique clinique par le nombre croissant des demandes de bilan psychologique pour troubles de mémoire ; si certaines requêtes participaient de décompensations pathologiques effectives, beaucoup participaient d'une plainte mnésique sans déficit cognitif associé, exprimée par des femmes et des hommes parfois jeunes, à peine âgés de 40 ans, mais authentiquement inquiets de défaillances mnésiques.

Ces défaillances qui s'avèrent somme toute communes, voire banales (comme égarer ses clefs, oublier un rendez-vous, manquer une station de métro), non confirmées au bilan psychologique, ne sont aucunement banales pour les patients, qui expriment une vive

sensibilité, une impression douloureuse de manque, de perte dont les enjeux dépassent amplement la seule question cognitive. En effet, à la perspective de la mort du fait de la prise d'âge s'est greffé maintenant le spectre de la détérioration mentale, du risque conséquent de perdre son autonomie physique et psychique, et d'être un jour cantonné à une irréductible position de passivité et d'impuissance. La mise en avant d'une angoisse de perdre la mémoire - immanquablement, mais pas seulement, frappée du sceau de la performance - parle en effet souvent pour une reviviscence de l'angoisse de castration, celle d'être démis de ses atouts, de ceux qui participent à garantir autonomie, jugement, et pouvoir de décision. Plus encore, dans le contexte contemporain de développement considérable des pathologies cérébrales dégénératives sévères (dont la maladie d'Alzheimer fait office de figure de proue) qui peuvent faire de tout homme à l'intelligence vive et féconde un être grabataire et dépendant pour le moindre de ses besoins vitaux, cette plainte trahit conjointement une angoisse liée à la passivité, à des fantasmes de soumission au désir d'un autre non forcément choisi et aimé (Verdon, 2004, 2007, 2011).

On le sait, l'idée de vieux sage, qui saurait ce que les jeunes ne savent pas et qui serait riche de son expérience, n'est plus une assurance. D'une part parce que la fragilité cognitive désarme bien plus que la fragilité somatique, elle fait bien plus courir le risque d'une déshumanisation. D'autre part, parce que, comme le dit Michèle Emmanuelli, de nos jours, l'adolescent se voit conféré « *une place de modèle non seulement pour les enfants mais pour les adultes, la communauté des adultes se sentant incapable de proposer elle-même des modèles tenant compte des changements incessants imposés par les avancées technologiques et les évolutions sociales* » (2005, p.17).

L'autonomie, la conquête, la réussite sacralisent l'idée, si ce n'est l'idéal, d'une jeunesse à qui tout est promis, jeunesse en terme de génération, mais aussi jeunesse en chacun : il faut rester jeune dans sa tête (je ne sais pas bien ce que cela veut dire...), ainsi que dans son corps. Cette question me semble à l'heure tout à fait cruciale pour saisir certains des enjeux des figures contemporaines de la psychopathologie du vieillissement, voire de la folie du vieillissement.

Malgré tout ce qui peut y être associé de négatif et de discréditant, j'aime assez le terme de folie. Certes je suis convaincu de la nécessité de différencier, voire de nommer, et de saisir les spécificités des organisations névrotiques, limites, narcissiques, perverses, psychotiques, mais j'aime aussi ce terme générique de « folie » qui n'est pas un mot savant, qui ne soutient pas la nosographie qui met dans des cases. Mais il importe alors de ne pas accorder crédit à son étymologie (« *follis* » qui signifie « sac vide »). La folie signifie la démesure, en positif ou en négatif, bruyante ou latente, publique ou privée ; elle signifie aussi la souffrance qui emporte, parfois exceptionnelle, parfois quotidienne, qui empêche de vivre et d'être heureux, qui empêche d'aimer et de travailler, et qui fait dire à ces femmes et

à ces hommes que j'ai rencontrés : « *Le monde n'est plus à ma dimension* » (Geneviève, 80 ans), « *plus je prends un petit peu d'âge, plus c'est difficile* » (Pierre, 63 ans), « *les années passent trop vite, j'arrive pas à suivre* » (Liliane, 73 ans), « *dorénavant, je dois faire des efforts* » (Michel, 90 ans), « *je diminue* » (Yvette, 55 ans), « *ma vie n'est faite que de vide. C'est malheureux d'avoir un cerveau et de n'avoir que du vide dedans. Ma fille me dit que je suis une demeurée et une incapable mentalement* » (Clara, 72 ans), « *qu'est-ce que je vaudrais maintenant ? Je ne voudrais pas que mes enfants ressentent pour moi ce que moi je ressens pour les vieux. Je vais peut-être être punie de dire tout cela* » (Bérénice, 66 ans).

Et puis, il y a celles et ceux qui font savoir haut et fort qu'ils n'ont rien à envier aux jeunes, qu'il n'est pas question pour eux de se laisser emporter sans combattre ; ils se veulent des *seniors* vaillants, sexuellement actifs, toujours et encore inscrits dans les défis politiques, technologiques et médicaux de la société. Sur un ton volontiers gouailleur, l'éditorialiste Alain Rémond dénonçait déjà, il y a plus de dix ans, dans *Télérama* le risque de cette apologie du jeunisme comme garant d'un vieillissement épanouissant : « *C'est vrai que c'est vachement cool et sympa d'être un senior hyper tendance [...] Tous ces quinquas et post-quinquas qui se fringuent façon ados, qui essaient de se faire passer pour les frères (ou les sœurs) de leurs grands enfants. C'est vrai qu'on ne réalise jamais complètement l'âge qu'on a, qu'on s'imagine plus jeune dans sa tête, que c'est le regard de l'autre qui nous rappelle notre âge. N'empêche qu'on l'a, l'âge qu'on a. Et qu'il ne manque pas de se rappeler à notre bon souvenir. [...] Regardez comme on est beaux, comme on est sportifs, comme on est hyperactifs ! Ouais, bon, si on l'était autant que ça, on ne le hurlerait pas si fort. J'ai tort ? L'autre truc, c'est le refus d'associer la vieillesse à la mort. [...] Vieillir, ça n'a rien à voir avec l'approche de la mort, vieillir, c'est rester toujours vieux, toujours senior, à jamais. Ben non. On a beau se rêver centenaire, voire cent cinquantaire, un jour ou l'autre, on mourra. Et le terme de la vieillesse, c'est la mort. Je dis pas ça pour vous casser le moral. Tant qu'on vit, on vit : c'est mon axiome de base. Mais bon, faut pas non plus se la jouer éternelle jeunesse. La mort, c'est nul. Mais le bruit court qu'elle nous attend tous. Bonne Toussaint, au fait* ».

Ce ne sont pas là des psychopathologies bruyantes et spectaculaires, mais elles n'en sont pas moins des figures contemporaines de la souffrance humaine, qui exigent de nous un positionnement clinique convaincu, une éthique du soin, qui légitiment le droit à un rythme propre.

Il n'est aussi qu'à repérer les grands mouvements réflexifs contemporains sur le vieillissement, frappés d'un contraste saisissant entre d'une part des recherches, des pratiques thérapeutiques et préventives et des attentes citoyennes très massivement centrées sur le vieillissement démentiel, son traitement et sa prévention, et d'autre part des

recherches, des pratiques thérapeutiques et préventives et des attentes citoyennes mobilisées autour de l'idéal d'un vieillissement qui serait somme toute réussi si esquivé. Difficile dès lors de se représenter un vieillissement entre deux, ni meurtri par le délabrement démentiel, ni contre-investi dans l'appétence à ce que rien ne change.

Il n'est qu'à lire la littérature médicale sur le sujet : on parle du vieillissement biologique en termes surtout privatifs, négatifs, péjoratifs (le fait que des données biologiques augmentent apparaît d'ailleurs rarement de bon aloi) : abaissement, affaiblissement, affaissement, altération, atrophie, chute, déclin, décrépitude, décroissance, dégénérescence, dépérissement, détérioration, diminution, disparition, dysfonctionnement, hyporéactivité, insuffisance, involution, perte, ralentissement, raréfaction, réduction, sont des termes récurrents qui rendent compte d'une réalité indéniable.

Et les politiques de santé publique veillent surtout à soutenir l'importance de capacités cognitives performantes afin d'amoindrir les coûts exorbitants inhérents à la prise en charge des adultes âgés dépendants. Une telle préoccupation est légitime, mais elle occulte ce qui intéresse le clinicien au premier chef, à savoir le chemin singulier et irréductible de la personne qu'il rencontre et qui aspire et peine à mobiliser ses armes conquérantes pour séduire et évincer toujours et encore.

L'importance de l'intervention rééducative empêche parfois paradoxalement de la penser, de l'inscrire dans un projet thérapeutique conscient de ses intérêts mais aussi de ses limites. L'argument impératif de revalider, de stimuler et de renforcer, sans souci associé d'être en phase avec ce que le patient peut en saisir et s'en approprier, court le risque de l'opposition, mais aussi son renversement en son contraire, par idéalisation de cette intervention qui s'impose, ferme, autoritaire et prometteuse, puissante et magique.

Il importe alors de se donner les moyens de rejoindre le patient dans son intime conviction que quelque chose se passe *en lui*, au-delà de la matérialité du corps qui change, de l'accident traumatique, de l'atteinte cérébrale objectivée éventuellement par l'imagerie. *En lui...* C'est-à-dire non réduit à l'intériorité de l'enveloppe corporelle, mais pleinement resitué dans le contexte global de l'atteinte de sa personne, de son histoire, de ses relations aux autres, de ses désirs et ses désenchantements, l'ensemble étant remis sur le métier à l'occasion de cet état de crise. Les difficultés inhérentes aux moindres capacités, l'invalidité consécutive au handicap physique ou cognitif risquent de faire écho à ce qui fut déjà mobilisé par la mise à la retraite et mettre à mal les représentations et les valeurs de travail et d'action, de productivité, de maîtrise instrumentale sur le monde, d'efficacité, de rendement pour redonner la performance, de production, si ce n'est de fécondité, ainsi que les rapports de pouvoir et de séduction, d'emprise et de soumission. Ainsi, la restauration de l'autonomie ne saurait faire fi de la réalité psychique du patient, des positions régressives et défensives qu'il a pu aménager, car plus confortables que la confrontation à la réalité

externe. Douleur de l'impuissance, colère, angoisse, mais aussi projets, prennent la place que le patient peut leur donner, sans satisfaire à des normes qui prôneraient le cheminement progressif à tout prix, le renoncement dégageant, le deuil salvateur, etc. L'intervention psychothérapique doit donner place aux reculs, aux doutes, aux réactions thérapeutiques négatives, non pour s'en complaire, mais parce qu'ils participent de la rencontre du sujet avec son histoire souffrante, parce qu'il est une traversée du conflit qu'il importe de vivre, et parce qu'il est des chemins de traverse qu'il est moins difficile d'emprunter, pour un temps.

Dans sa conclusion d'*Au-delà du principe de plaisir* (1920), Freud cite le poète Friedrich Rückert : « *Ce qu'on ne peut atteindre en volant, il faut l'atteindre en boitant. Boiter, dit l'Écriture, n'est pas un péché.* » Pour bien des personnes pourtant, boiter contrarie les idéaux, mobilise des culpabilités, réactive des angoisses lancinantes et alors empêche de vivre. A la crainte de mal vieillir s'associe maintenant la honte de mal vieillir...

Bien des patients tissent ainsi des liens entre leur crainte de perdre leur autonomie psychique et des vécus d'autrefois, des situations de frustration, des impressions d'incapacité et d'impuissance, d'acceptation obligée des préceptes soutenus par des figures parentales contraignantes. Perdre, manquer, renoncer, ces vocables ne sont en effet pas sans faire écho à maintes expériences qui, depuis le plus jeune âge, mobilisent tant l'envie d'aller de l'avant, avec nécessité de se dépouiller de certaines prétentions pour mieux se trouver ailleurs, que le désenchantement mortifère de ne rien valoir, de ne compter pour personne, ni même pour soi.

On ne saurait prétendre changer le passé, mais seulement quelque chose du rapport du sujet à celui-ci, ses tentatives d'y donner sens, pour les reprendre sans les répéter. A nos places respectives, nous pouvons l'accompagner dans cette amère découverte : *Je ne suis pas le tout de l'autre, l'autre n'est pas le tout de moi, j'en souffre, j'en ressens même de l'hostilité, et partant, de la culpabilité, mais je peux peut-être y consentir pour oser vivre cette rencontre. Plus encore, je ne suis même pas le tout de moi-même et je peux pourtant m'aimer.*

Là est sans doute l'une des clefs d'un vieillissement non pas réussi comme l'érigent les normes contemporaines, mais *consenti*, non pas dompté, mais *apprivoisé*, pour continuer de mener sa vie jusqu'au bout, peut-être pas la vie rêvée, mais une vie avec quelques rêves.

Les psychopathologies des vieux d'aujourd'hui me semblent non pas tant de nouvelles psychopathologies, au sens où les problématiques psychiques demeurent les mêmes, non inféodées au contexte (traiter la perte, négocier avec ses idéaux, élaborer ses rapports à la passivité, à la castration et à la finitude) ; mais leurs expressions cliniques, symptomatiques contemporaines (conduites à risque, effondrements dépressifs) sont à

l'évidence marquées par des pressions nouvelles : ne pas changer, ne pas consentir à la différence.

Être vieux, c'est pourtant se trouver confronté, tout à la fois dans la réalité interne et la réalité externe, au fait de la non-intégrité, aux incomplétudes diverses, aux blessures et aux transformations, aux failles et aux changements. J.B. Pontalis a usé d'une métaphore remarquable, celle des ruines, pour dire la double valence de ce regard sur soi, marqué par la nécessaire dépressivité et le renoncement, ou frappé de dépression et de désinvestissement, d'attaque et de désolation. Il est en effet des ruines propices à la douce mélancolie et à la nostalgie, car elles sont un monument dont la noblesse est rehaussée « *de n'être plus ce qu'il a été, d'avoir perdu avec l'épreuve du temps, sa fonction, sa raison d'être et d'être pourtant toujours là, maintenu non dans son intégralité – surtout pas ! - mais dans ce qui l'a fait être* » ; alors qu'il est des ruines qui s'avèrent accablantes de désolation, celles d'« *une ville bombardée, sinistrée, [...] un quartier détruit, déserté de ses habitants [...], un chantier laissé à l'abandon* » (1997, p.126-127).

Là est vraisemblablement une autre des clefs d'un travail psychique dégagant mobilisé par la traversée du vieillissement et de la vieillesse, lorsqu'au soir de la vie, lorsque le climatère annonce l'inclinaison, il devient envisageable, à l'articulation du deuil de l'objet et de l'élaboration de la castration, de ne pas revendiquer l'intégralité, mais de pouvoir reconnaître ce qui a fait être..., donc pouvoir envisager le changement et la perte, et pouvoir reconnaître à l'autre le droit et la légitimité de poursuivre le chemin qui est le sien.

La traversée du vieillissement engage en chacun de nous des mouvements contraires, de résistance et de collaboration. Leur alliance n'est pas impossible, elle est un équilibre en travail incessant, toujours susceptible de remises en question dont il importe d'évaluer la souplesse, et la capacité de rencontrer le manque, le creux en soi, permettant, en une époque fascinée par le culte de l'autonomie et de la performance, où la souffrance psychique est identifiée comme un handicap, voire un fléau social, que se déploie une capacité sereine à prendre le temps, à consentir à l'inachèvement. Ce dégagement contrarie de fait fortement le malaise actuel dans la civilisation qui confond l'idéal et la perfection, prône la conservation à tout prix, ne supporte ni la déception, ni la différence, ni la perte.

Entre inachèvement et accomplissement... Au fil des années de pratique clinique, de recherche et d'enseignement, il m'a semblé tout à la fois indispensable et néanmoins délicat d'interroger une tension qui me semble nodale dans la vie psychique, particulièrement problématisée par l'avancée en âge et l'envisagement d'une borne à la vie - même si, nous le savons, les processus psychiques inconscients ne sont pas marqués par le fait d'une limite. Elle est une tension entre le vœu d'accomplissement et le constat d'inachèvement des choses entreprises, du chemin parcouru, de l'aspiration au désir rassasié, une tension

susceptible de participer de décompensations psychopathologiques, de nourrir un travail psychique plus ou moins dégageant.

L'accomplissement possède une double valence dont la dynamique se révèle fort stimulante. Il est un sentiment intime d'une profonde potentialité de satisfaction, celle du constat d'une réalisation pleine et effective, si ce n'est d'un couronnement, le compliment, d'un projet mené à son terme. Prenant sa source étymologique dans le latin *complere* (remplir), il donne à vivre une complétude, un rassasiement auxquels ne pourraient prétendre l'ébauche et l'esquisse, l'entamé et l'inabouti. Mais parce qu'il engage l'action menée jusqu'à son terme, l'acte posé jusqu'au bout, l'accomplissement implique l'achèvement, la possibilité d'un fini, d'un terme. Achever, c'est tout à la fois réaliser pleinement, fatiguer à l'extrême et porter le coup de grâce. Evidemment issues de la même étymologie, les complies disent cette réalité du temps de la dernière heure, celle qui achève le jour, qui signe tout à la fois son accomplissement (le jour s'est entièrement déroulé, aucune heure ne lui manque plus) et sa fin, puisque vient dorénavant le temps de la nuit, de l'obscurité et du silence, de la solitude, du calme et du repos, mais aussi du doute et de l'angoisse, nous en savons quelque chose lorsque nous veillons auprès des patients. Ce qui est accompli est aussi ce sur quoi il n'est plus besoin, voire plus possible, de revenir.

Alors que le sentiment d'inachèvement, s'il fait certes courir le risque d'une frustration, d'un vécu d'incomplétude et d'imperfection, dont les échos narcissiques peuvent se révéler torturants, contient en lui une potentialité au service des identifications, afin d'aller de l'avant, en quête d'un aboutissement dont on pressent cependant qu'il n'est pas vraiment possible de l'atteindre pleinement. De façon souple ou intransigeante, mesurée ou démesurée, entre narcissisme et culpabilité, le fonctionnement psychique peut avoir fort à faire avec les prétentions exclusives à la toute-puissance impitoyable du moi idéal, qui ne tolère que l'exceptionnel et le prestigieux, ou les aspirations à se conformer à ce qu'il est bon d'accomplir lorsque peut se déployer, porté par le sur-moi, l'idéal du moi « *auquel le moi se mesure, auquel il aspire, dont il s'efforce d'accomplir la revendication d'un perfectionnement toujours plus avancé* » (Freud, 1933, p.148). De façon aliénante ou dégageante, plus ou moins affranchies de la dette et de la contrainte, s'édifient ou s'enlisent les possibilités dynamiques d'aller de l'avant, de construire son propre chemin, mais aussi de renoncer à certaines prétentions pour mieux se trouver ailleurs, entre identification et crainte de sanction.

Ce traitement de la perte et de la désillusion s'allie, dans l'expérience du vieillissement, à la question majeure du regard porté sur soi, et notamment sur ses atouts, ses acquis, en ces temps où le crépuscule marque de son ombre l'envisagement de l'avenir. La possibilité de mobiliser un idéal du moi paradoxalement tolérant à l'inachèvement et à l'imperfection, bienveillant avec le moi, semble à même de prévenir le cruel sentiment

d'inutilité et d'altération qui taraude bien des adultes qui vieillissent et qui perdent jusqu'à leurs repères identitaires.

Schubert a écrit une merveilleuse huitième symphonie, la fameuse *Symphonie inachevée*, en si mineur, douloureuse et mélancolique, à laquelle il manque un ou deux derniers mouvements. Certains tenants d'une scolastique sévère et intransigeante n'ont pu admettre que le grand Schubert n'avait pas pu terminer cette symphonie, que celle-ci ait pu demeurer imparfaite. Sa partition, écrite en 1822, ne fut découverte que par hasard en 1865, dans le coffre du frère d'un ami de Schubert. Paul-Emile Littré, son contemporain, confie, à 73 ans, alors qu'il rédige le supplément au fameux dictionnaire qui porte son nom et qu'il a mis près de trente ans à rédiger, après l'avoir entamé à 40 ans passés, « *le grand Âge était venu et il fallait se hâter ; c'est pour cela que ne voulant pas perdre le fruit de mes nouvelles lectures, de mes nouvelles réflexions et aussi d'observations et de notes qui me viennent de bien des côtés, je prolonge le travail...* ». Mais Schubert, certes décédé beaucoup plus jeune, âgé seulement de 31 ans, n'aura pas capitulé devant l'achèvement de sa symphonie parce que rattrapé par la mort, ni même par la maladie, lui qui mourra quelques années plus tard terrassé par le typhus et la syphilis alors qu'il continuait d'étudier le contre-point, demandant à son frère « *Qu'est-ce qui m'arrive ? Est-ce que je ne mérite pas une place sur la terre ?* » Entre temps, il aura composé et achevé maintes œuvres, dont une neuvième symphonie, brillante et majestueuse, en Ut majeur, dite « La Grande ».

Sa huitième symphonie demeure donc inachevée, incomplète, imparfaite. Ce que d'aucuns ont qualifié de lâcheté et de manque de puissance, ce que d'autres ont voulu nier, décrétant que les mouvements manquants avaient été assurément écrits, mais certainement perdus, Schubert semble l'avoir assumé, sans que l'on sache bien pourquoi ; n'a-t-il pas su ? N'a-t-il pas pu ? N'y croyait-il plus ? Sans que l'on sache non plus bien comment ; dans l'amertume ? Dans la honte ? Dans le tourment ? Sans doute pas dans l'indifférence, ni dans une tranquillité factice, mais peut-être dans un mouvement de renoncement, s'affirmant, ou s'avouant, dans l'incapacité d'aller plus avant que l'ébauche du scherzo dont il n'était vraisemblablement pas satisfait, mais cependant libre d'y consentir, certes incapable de poursuivre l'écriture de cette œuvre-là, sombre et grave, mais demeurant cependant debout pour entreprendre et créer encore.

La question n'est donc sans doute pas tant de savoir si la chose est accomplie eu égard à des critères qui confondent l'idéal et la perfection, l'incomplétude et l'échec, mais s'il nous est possible de consentir à ce que nos œuvres créées, nos chemins parcourus, nos rencontres aimantes et conflictuelles, et jusqu'aux fruits de nos amours, demeurent inachevés, tout accomplis soient-ils, et qu'ils nous dépassent et vivent hors de nous.

Peut-être est-ce là une autre clef pour vieillir sans être ni trop raisonnable, ni trop déraciné de son rapport à soi, une clef pour vieillir avec une douce folie.

Bibliographie

- Azambuja (de) M. (2010). *Et puis, un jour, nous perdons pied*, Paris, Gallimard.
- Billé M. et Martz D. (2010). *La tyrannie du bien vieillir*, Bordeaux, Les Éditions du bord de l'eau.
- Chabert C. et Verdon B. (2008), *Psychologie clinique et psychopathologie*, Paris, PUF.
- Danon-Boileau H. (2000), *De la vieillesse à la mort. Point de vue d'un usager*, Paris, Calmann-Levy.
- Emmanuelli M. (2005), *L'adolescence*, Paris, PUF.
- Foucault M. (1961), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 2^{ème} édition, 1972.
- Foucault M. (1963), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 2003.
- Foucault M. (2003), *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Paris, Gallimard – Seuil.
- Freud S. (1920), Au delà du principe de plaisir, *Œuvres Complètes*, XV, Paris, PUF, 273-338.
- Freud S. (1933), Nouvelle suite des leçons d'introduction à la psychanalyse, *Œuvres Complètes* XIX, Paris, PUF, 83-268.
- Gary R. (1975), *Au-delà de cette limite votre ticket n'est plus valable*, Paris, Gallimard.
- Maupassant G. de (1889), *Fort comme la mort*, Paris, Le livre de Poche, 1989.
- Meun J. de (1270), *Le Roman de la Rose*, Paris, Le livre de poche.
- Pontalis J.B. (1997), *Ce temps qui ne passe pas*, Paris, Gallimard.
- Verdon B. (2009), Une organisation névrotique à l'épreuve du vieillissement, in *Psychopathologie de l'adulte : dix cas cliniques*, sous la direction de François Marty, Paris, In Press, 31-51.
- Verdon B. (2004), Psychopathologie d'une clinique de la perte : la plainte mnésique, in *L'examen psychologique : situations, méthodes, études de cas*, sous la direction de Michèle Emmanuelli, Paris, Dunod, 483-499.
- Verdon B. (2007a), Mémoire, perte et travail de renoncement. Dépression et dépressivité dans la traversée du vieillissement, in *Les brumes de la dépression*, sous la direction de Jacques André, Paris, PUF, 77-111.
- Verdon B. (2007b), Diversité psychopathologique dans la clinique de la plainte mnésique de l'adulte vieillissant, *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement*, 5, 3, 209-223.
- Verdon B. (2011a), Un fonctionnement psychique marqué par l'exigence narcissique à l'épreuve du vieillissement, *12 études en clinique projective. Approche psychanalytique*, sous la direction de Chabert C. et Azoulay C., Paris, Dunod, 249-276.

- Verdon B. (2011b), Excellence, endurance, performance : violence de la compétence chez l'adulte âgé, in *Devenir vieux. Les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé*, sous la dir. de Hanon C., Paris, Editions Doin, Coll. Polémiques, 43-60.
- Verdon B. (2012) et coll., *Cliniques du sujet âgé. Pratiques psychologiques*, Paris, Armand Colin.
- Verdon B. et Gély-Nargeot M.C. (2004), Psychologie clinique et pratique du bilan psychologique auprès du sujet âgé, in *L'examen psychologique : situations, méthodes, études de cas*, sous la direction de Michèle Emmanuelli, Paris, Dunod, 157-167.
- Verdon B. et Mure C. (2007), Psychologue à l'hôpital gériatrique, in *Le psychologue à l'hôpital*, sous la direction de François Marty, Paris, In Press, 137-160.

PSYCHANALYSE ET TROUBLES COGNITIFS UNE RICHE ALLIANCE

Florence QUARTIER ⁴

Le titre de cette intervention mériterait d'être plus précis, il pourrait être : « Psychanalyse et troubles cognitifs, une riche alliance, **à certaines conditions** » car en effet l'alliance entre troubles cognitifs et psychanalyse n'est pas simple à créer. Accepter de le faire, pourquoi pas, c'est travailler à la sauvegarde de la pratique clinique et d'un soin tout à fait spécifique à la personne âgée, un soin qui allie psychiatrie et psychothérapie pour chaque patient quelles que soient sa situation et ses difficultés. Mais reste nécessaire de le faire « **à certaines conditions** » : il serait vraiment fâcheux que les troubles cognitifs deviennent des équivalents de ce que l'on voit chez l'adulte concernant le « trouble de l'attention » ou « le stress post-traumatique ». Ces étiquettes deviennent de tristes étendards cachant mal la riche complexité du psychisme et pire, qui évacuent cette complexité sans par ailleurs faire beaucoup avancer les connaissances neuropsychologiques.

Parler d'alliance c'est aussi développer la question du travail en équipe, du travail pluridisciplinaire qui est si indispensable à promouvoir avec, pour et par la personne âgée et qui est si utile à construire avec, pour et par l'entourage de cette personne âgée (Kagan, 2012).

On est surpris de la vitesse à laquelle certains changements se sont faits dans ce champ en pleine extension et qui ne va cesser de l'être pour longtemps : la dépression est désormais vue comme affection à traiter et n'est plus considérée comme un des effets inéluctables du vieillissement. C'est à la fois un effet de mode et aussi une avancée psychopathologique; à nous de prendre au vol ces opportunités. Il en est de même pour la dépendance à l'alcool qui a été si banalisée.

Travailler aujourd'hui avec, par et pour des personnes âgées, nous donne l'espoir de créer un vrai renouvellement de nos pratiques cliniques. On va peut-être pour la première fois en

⁴ Psychiatre, Psychanalyste, Genève.

psychiatrie et en médecine, pouvoir relier, articuler, de manière fonctionnelle le biologique et le psychique et vice-versa, le psychique et le biologique (Weil, 2008). A l'autre bout de la vie cette articulation est en train de se faire avec les travaux sur le bébé mais dans la pratique psychiatrique avec des personnes adultes, on reste bien souvent embarrassés pour créer ces liens. Et cet embarras, loin d'être neutre, risque de se traduire par des traitements réduits à quelques principes généraux, faisant l'impasse sur l'individualité de la personne. Cet embarras a encore d'autres conséquences néfastes : il démotive les intervenants qui ont l'impression d'être soumis à une répétition sans fin et qui ne peuvent plus imaginer un futur autre que déficitaire pour le patient, et un futur professionnel morne pour eux-mêmes. C'est une variante négative de ce « travail sur le futur » que chaque être humain est amené à faire, d'une manière ou d'une autre et que Jean-Marc Talpin a parfaitement décrit (Talpin, 2009). Je reviendrai par le biais de la clinique sur cette question.

D'importants changements sont à prévoir dans les manifestations cliniques des prochaines décennies, nous incitant ,dès aujourd'hui, à travailler pour articuler – articuler vraiment et pas simplement juxtaposer - troubles cognitifs et problématique psychique. Voici deux exemples de ces changements prévisibles à venir :

1. On se trouve aujourd'hui à soigner après coup des troubles de la personnalité évoluant de longue date mais qui n'ont pas été traités, quand bien même ils auraient dû l'être au courant de l'enfance ou de l'adolescence. Mais cela change, et il s'agit de nous y préparer : nous aurons à évaluer comment un dysfonctionnement relationnel et/ou narcissique de longue date va s'articuler avec le vieillissement, après que ce trouble ait été traité et médicamenté (Giannakopoulos, 2007). Aujourd'hui nous ne connaissons pour ainsi dire que la psychose qui ait été traitée de longue date chez les sujets actuellement âgés.

2. Plus compliqué : nous avons à nous préparer à voir des évolutions démentiellles survenant sur de longues évolutions liées à la dépendance à diverses substances (cannabis, cocaïne, etc.). Qu'est-ce que cela aura comme effet sur le fonctionnement du Moi et sur le fonctionnement neurobiologique ? C'est encore difficile à prévoir mais c'est inquiétant puisque, de plus en plus clairement, il apparaît que le recours régulier à des substances comme le cannabis à l'adolescence, a des effets sur le cerveau et qu'il ne s'agit pas seulement d'effets réversibles. Depuis longtemps déjà nous avons constaté que l'usage de ces substances au jeune âge adulte a des effets psychiques et ces effets nous ont paru peu réversibles. C'est toute une nouvelle clinique qui est en train d'émerger : des trentenaires, un peu en dehors de tout, sans pathologie bien définie mais qui vivent comme en-deçà de leur vie et qui nous arrivent au gré d'un problème dépressif mal défini, continuant à fumer du cannabis... Qui seront-ils quand ils seront âgés ? Comment les troubles cognitifs vont-ils se manifester chez eux ? Et comment vont-ils intégrer le processus du vieillissement après tant d'années passées à ne pas vivre vraiment ? Nul ne peut encore le dire mais notre

inquiétude, elle, est déjà bien là.

Cette incursion du côté des jeunes et des adultes, permet de souligner combien il est urgent de penser cette articulation entre troubles psychiques et troubles cognitifs car il y a là de nouvelles modélisations à envisager, de nouvelles approches psychothérapeutiques à trouver.

Du côté de la clinique:

Ce que l'on nomme troubles cognitifs désigne un trouble mesurable et manifeste. Si je base comme je le fais ici ma démarche en partie sur la psychanalyse, je vais considérer que le *manifeste* est une résultante complexe de tout un processus latent. On peut faire ici le parallèle avec les grands systèmes physiologiques et il n'est pas du tout exclu que Freud ait eu ce modèle en tête quand il décrit les transformations entre le conscient (le manifeste) et l'inconscient (le latent) : les échanges entre le sang et l'air dans les poumons transforment, modifient des éléments hétérogènes les uns par rapport aux autres et font que le sang apparait veineux ou artériel. De même tout au long de la vie le sujet, sans même s'en rendre compte, transforme-t-il des éléments conscients en des éléments inconscients, et vice-versa. Il y a dans le trouble cognitif des composantes neurobiologiques et d'autres psychiques. Étudions ces dernières de plus près : le trouble peut prendre racine loin dans le passé et s'exprimer en fonction de difficultés anciennes qui viennent aggraver le trouble neurobiologique. Dès l'enfance, les fonctions dites cognitives sont l'objet d'investissements divers, plus ou moins fonctionnels, et elles apportent selon les périodes, les moments, un gain de plaisir plus ou moins évident. De manière latente, un trouble narcissique a pu contribuer à construire – ou au contraire à fragiliser - les processus cognitifs sans que cela ne devienne manifeste durant l'enfance.

Prenons un exemple tiré de la vie quotidienne, un exemple loin de la vieillesse ! L'apprentissage de la lecture est un processus impliquant à la fois l'attention, la mémorisation, la concentration, mais aussi et autant le fonctionnement narcissique, l'identification plus ou moins agréable à des adultes que l'enfant puisse investir avec plaisir. Ce processus implique l'ensemble du fonctionnement du Moi qui est dans cet apprentissage particulièrement sollicité par ce que l'on a l'habitude d'appeler ses trois Maîtres : les pulsions, le Surmoi et la réalité. Cet apprentissage débute très tôt : on sait aujourd'hui que « les livres, c'est bons pour les bébés » ! (Bonnafé, 1994). Et sans doute, déjà, s'inscrit à ce moment une certaine manière que le sujet aura de vieillir. Apprendre à lire se fait non sans mal, non sans joie, non sans un très long temps, un gros effort et une attention variés et variables. Il y a effort et endurance, plaisir aussi, de la part de l'enfant autant que de son entourage. Et cela permet et entraîne certaines modalités de la mémoire. Elles ne « travaillent » pas de la même manière chez tout le monde : la lecture peut servir à principalement s'identifier (au héros, directement en lien avec l'idéal du Moi ou par

déplacement œdipien) (Diatkine, 1995). Elle peut être un refuge, elle peut aussi se réduire à être une activité auto-calmanche, le contenu du texte n'étant alors pour ainsi dire pas retenu. D'autre part, cette activité évolue au fil du temps : perte de la capacité de se concentrer, désintérêt pour le texte écrit, regain d'intérêt à certains moments de la vie. Et l'on voit souvent, au moment de la vieillesse, un regain d'intérêt et une nouvelle curiosité pour le récit. Ou au contraire lire devient une activité un peu automatique. Elle ne sert alors pas à la remémoration ni à l'enrichissement des souvenirs.

La lecture est une activité intéressante à prendre en considération parce que dans nos pays elle est censée devenir par le biais de l'école un bien commun. Mais elle n'est, de loin, pas un acquis sûr, elle n'est pas acquise par chacun(e) de la même manière et de plus, aujourd'hui, elle est peut-être en péril : les livres seront-ils dévolus à l'enfant petit « pour lui raconter des histoires » puis disparaîtront-ils du champ cognitif d'un sujet adolescent et adulte ? Actuellement les personnes âgées ont eu un lien à la langue écrite très différent des personnes qui seront âgées dans quelques décennies. Les tests de mémoire devront-ils être modifiés ? Laissons ce point en débat.

Ce qui nous importe aujourd'hui c'est de relier les troubles cognitifs au fonctionnement global et de le faire de la manière la plus fonctionnelle possible :

- toujours prendre en compte le fonctionnement psychique global dans un regard rétrospectif: qui a été cette personne âgée ? Qu'est-ce qui dans son fonctionnement objectal (relationnel) ou narcissique a bien fonctionné ou au contraire a été en souffrance ? Les troubles cognitifs viennent se fixer, comme s'accrocher au fonctionnement global. Ils ne sont pas que déficit.

- bien préciser qu'il faut, mais qu'il ne suffit pas, de mettre en évidence un état dépressif et de dire qu'il altère momentanément telle ou telle fonction cognitive. C'est généralement vrai mais c'est aussi tellement évident que ce n'est pas d'une grande aide que de le signaler. Reste à voir la fonction de cette altération, voir comment la personne supporte de ne pas arriver à se concentrer ou bien, comment elle évite de sentir le trouble.

- faire co-exister trouble cognitif et trouble psychique n'est pas suffisant. Mieux vaudrait réussir à évaluer comment l'apparition du trouble cognitif vient altérer le Moi, altérer le fonctionnement narcissique et à l'inverse comment le fonctionnement narcissique vient pallier parfois les troubles cognitifs. Et à évaluer comment les dysfonctionnements psychiques antérieurs permettent – ou non – d'intégrer le trouble cognitif.

Il ne s'agit plus de juxtaposer troubles cognitifs et troubles psychiques mais de les considérer les uns par rapport aux autres. Voyons cela de plus près en ouvrant sur l'histoire. Si un sujet souffre de ce que le DSM nomme un trouble de la personnalité, il en souffre très probablement depuis l'enfance de manière occulte et de manière manifeste depuis

l'adolescence. C'est cela qui a rendu en grande partie son travail d'adolescence difficile et ce sujet se trouve doublement gêné dans son fonctionnement : les conflits œdipiens qui se rejouent à l'adolescence, l'auto réorganisation narcissique, l'investissement du corps sexué et l'investissement de nouveaux objets d'amour, tout cela s'est fait peu, ou mal. C'est l'ensemble du fonctionnement qui est durablement perturbé. La vie va tout de même se construire mais ce sera en fonction de ces troubles avec toutes les difficultés et souffrances qui peuvent en découler : souffrances relationnelles, blessures narcissiques répétitives. Et puis vient la vieillesse : si elle s'accompagne de troubles de la mémoire alors il y a beaucoup de risques de voir des réactions caractérielles apparaître ou un repli se faire dans l'amertume. Et il y a de fortes chances aussi qu'une telle personne, pourtant en grande souffrance, s'oppose aux soins, soit critique, agressive. À nous d'entendre de quoi est faite cette manière d'être qui est si désagréable. Ce sont autant de résultantes complexes de la problématique antérieure. C'est à cette problématique que vont maintenant s'adjoindre les troubles cognitifs et ils vont donner une coloration particulière au vieillissement. Un trouble cognitif vient imprégner ce qui du narcissisme est dysfonctionnel, et le narcissisme blessé produit un investissement particulier du trouble cognitif. Il peut en découler une manière de vieillir particulièrement bancal et douloureux.

Prenons un autre exemple, celui du deuil.

Il illustre bien la nécessité d'interroger nos pratiques : une vision quelque peu réductrice – et quelque peu moralisante aussi – considère que dans la vieillesse, il s'agit de faire le deuil de ce qui n'a pas été et de ce qui ne sera plus. Or justement pour un sujet ayant souffert et souffrant encore d'un « trouble de la personnalité » c'est exactement ce qu'il n'est jamais parvenu à faire. Un trouble grave du fonctionnement narcissique est justement défini – en bonne partie – par l'impossibilité de composer avec le principe de réalité pour dépasser une perte et (re) créer des investissements inédits. Le processus du deuil, au sens psychanalytique, n'est pas acceptation de la perte, il est travail sur la perte et puis capacité, après cette perte, de créer du nouveau, et d'imaginer un futur différent de celui qui était attendu.

Or justement les personnes souffrant psychiquement depuis longtemps n'ont fait pour ainsi dire aucun deuil, ni ceux des idéaux mégalomaniaques de l'enfance, encore moins ceux de l'adolescence. Ils espèrent encore vivre bien au-dessus de leurs moyens psychiques et ils ont grand peine à sentir que le temps inexorablement passe, et quand ils le sentent c'est la panique et le risque de passage à l'acte. Le passé ne s'est que très partiellement organisé pour eux en souvenirs. Les objets, ceux investis au courant de la vie, n'arrivent pas à exister comme objets absents et/ou présents. On peut en inférer qu'ils n'ont pas réussi dans leur passé lointain à constituer de quoi métaboliser l'angoisse et pas seulement l'angoisse liée à

une perte d'objet. Quand survient chez eux le trouble de mémoire, il vient agir comme un traumatisme qui cette fois ne répond à aucun des mécanismes habituels qui les avait amenés à rompre, à détruire, à casser, ou à s'auto-calmer de manière inefficace et maladroite. Le sujet est dramatiquement confronté à un événement que l'on peut voir comme un équivalent du « roc du biologique » (Freud, 1938). Il avait plus ou moins pallié à son angoisse de séparation en organisant des relations de dépendance, avait mis en place des défenses rigides, et le voilà pris de cours par le traumatisme infligé de l'intérieur.

Le traitement de ces patients est donc particulièrement nécessaire dans sa dimension psychothérapeutique mais il est particulièrement difficile parce que le « travail de deuil » est chez eux quasi impossible. Or il est vrai que ce travail de deuil existe de manière évidente à l'âge avancé même s'il ne doit pas être l'entier de ce qui est pensé au sujet de la vieillesse. Pour ces patients-là il sera particulièrement difficile – et pour nous avec eux – d'organiser un futur.

La part psychothérapeutique du traitement.

C'est un grand privilège que de pouvoir explorer cet immense champ qui s'ouvre largement à nous, celui de la clinique psychothérapeutique de l'âgé. Un champ qui s'ouvre vraiment depuis peu. Quelques pionniers s'y étaient aventurés mais leur travail restait presque une curiosité. À ce propos me revient un souvenir : j'ai eu la très grande chance, à une époque déjà lointaine, de participer à certains des premiers développements de la psychothérapie de l'âgé. C'était à la clinique psychiatrique de Bel-Air, à Genève dans les années 1970. La clinique était alors dirigée par Julian de Ajuriaguerra, qui portait une attention vive à tout un chacun, sans distinction d'âge ni de pathologie. Le Service de gériatrie était déjà à cette époque très développé mais je ne savais pas encore que s'ouvriraient là des voies authentiquement nouvelles : la thérapie de relaxation de type Ajuriaguerra chez la personne âgée permettait d'initier une véritable psychothérapie. À cette époque déjà, s'annonçait pour nous la possibilité de faire des articulations fonctionnelles entre les troubles cognitifs et le fonctionnement psychique, de faire des liens entre ce que l'on dénommait encore *le corps et l'esprit*. Il y avait là un travail pionnier, et il n'y a pas si longtemps que je perçois combien cet enseignement a été fructueux et combien, sans que nous en soyons rendus compte à l'époque, il ouvrait des voies intéressantes dans le champ du traitement de la personne âgée et combien il nous a permis d'oser faire un travail clinique libre et sans à priori.

Même si aujourd'hui la psychothérapie de l'âgé est reconnue, reste qu'elle pose des questions techniques particulières. Ne serait-ce que parce que psychothérapie et traitement psychiatrique peuvent, et même souvent *doivent*, aller de pair quand il s'agit de personnes âgées. La psychothérapie peut se faire en parallèle du traitement en institution. Mais bien

souvent la psychothérapie n'est pas, et ne sera jamais possible. Ce n'est pas pour autant que l'on doit priver la personne âgée d'une action psychothérapeutique. On doit alors décliner cette action autrement. On peut le faire par un travail « méta », un travail à plusieurs où chaque intervenant garde l'identité qui est la sienne pour enrichir la compréhension de ce qui se passe. Le point de vue clinique devient ainsi multivoque. C'est une manière efficace de lutter contre la démotivation, contre la routine, c'est une manière de travailler sur les contre-attitudes. C'est aussi une manière de lutter contre les simplifications réductrices qui, on le sait, sont de redoutables machines à exclure certains patients à l'intérieur même des réseaux de soins et à démanteler l'activité clinique en psychiatrie.

Comment procéder pour construire une clinique multivoque ? Se réunir entre intervenants concernés par une situation précise. Inutile d'être trop nombreux, il ne s'agit ni d'un cours ni d'une formation. Ce groupe restreint, n'a pas mission d'être décisionnaire et n'a pas besoin de l'être. Les décisions nécessaires à prendre le sont dans le cours normal des réunions prévues à cet effet. Les points de vue des uns et des autres sont amenés sans ordre établi et le leader du groupe est à ce moment-là un parmi d'autre mais on verra que son rôle de leader se marquera dans l'après coup. Son point de vue n'est pas meilleur que celui des autres intervenants. L'infirmière peut avoir entendu le patient durant un soin dire quelque chose qui ne pouvait être dit dans un entretien tandis que l'aide-soignante peut avoir constaté chez un homme par ailleurs assez jovial, un énorme accablement dépressif après la sieste. Cet homme cache avec beaucoup de pudeur sa détresse et à l'atelier il joue même un rôle entraînant auprès d'autres patients. Et c'est dans ce moment de calme d'après la sieste, autour d'un verre de thé, qu'est apparue une noire dépression, qui peut en partie expliquer le peu d'effets des médicaments dans ce cas : cet homme rumine son passé.

Dans le cas d'une démence déjà assez envahissante, ce partage entre les différents intervenants est d'autant plus important que les signes d'un léger mieux, d'un lien avec le passé, d'une vivacité momentanée retrouvée, seront précieux à récolter, autant pour le patient que pour les intervenants qui se rendent mieux compte de la complexité de ce qui se passe, restent vigilants et départagent mieux ce qu'il en est de la démence elle-même et d'une problématique actuelle ou plus ancienne qui perdure.

Autant d'éléments d'une clinique éclatée et qu'il nous revient de rassembler en un tout cohérent et utilisable par les uns et par les autres. C'est pourquoi cette récolte est suivie d'un travail de construction qui tient compte :

- de l'hétérogénéité du fonctionnement
- des liens avec l'histoire
- de la qualité relationnelle et de l'identité de chacun des intervenants.

Et puis dernier point et pas des moindres, il revient au clinicien le plus expérimenté de faire un bref résumé de la réunion, un résumé qui devient au fil du temps un journal de bord

permettant d'individualiser au mieux le traitement dans la durée.

Dans ce travail, ce n'est pas tant la recherche de sens qui importe que la mise en évidence des différences et de l'hétérogénéité du fonctionnement. On est loin de la notion de structure (Diatkine, 1991). Chaque intervention est importante, peut apporter un gain narcissique qui en retour peut entraîner un mouvement de liaison. Il est plus intéressant de relier différents éléments que de pointer les défenses qui flanchent. Dire à quelqu'un qu'il n'a pas fait ceci ou cela pour se défendre contre sa colère, n'a souvent qu'un effet déprimant supplémentaire. Alors que de relier des éléments épars, ajouter le maillon qui manque, ce peut être une ouverture qui calme et donne envie de poursuivre. Il s'agit là de mouvements discrets mais qui mis bout à bout créent une relation parfaitement individuelle et intéressante avec chaque patient. Et cela est un gain narcissique important pour le patient et un plus quant à la motivation des intervenants, et peut donner l'envie de poursuivre. Trouver l'envie de poursuivre, n'est-ce pas ce qu'il nous faut en ces temps difficiles ?

Références

Bonnafé M., 1994, *Les livres c'est bon pour les bébés*, Calmann-Lévy.

Kagan Y., 2012, *Médecine et grand âge*, in Kipman S.-D. coll. Médecine de la personne, un manifeste doin, Arnette.

Weil B, Kipman S.-D. 2008, *La médecine psychosomatique : un mythe devenu réalité*, doin.

Talpin J.-M, 2009, *Le futur et ses constructions psychiques*, in Evol. Psychiatrique, vol. 74, n°2, p. 237-247.

Giannakopoulos P., Quartier Fl., 2007, *Un avenir pour la vieillesse*, doin. (Voir en particulier les exemples d'entretiens détaillés).

Diatkine R., Quartier Fl., Andréoli A., 1991, *Psychose et changement*, PUF, Paris.

Diatkine R., 1995, *Lectures et développement psychique*, in Perspectives psychiatriques, 34^{eme} année, no 48, III.

Freud S., 1937, *Analyse avec fin et analyse sans fin*, (traduction PUF).

AUTOUR DE LA PREVENTION PRISE EN CHARGE DES FAMILLES

Françoise GUINGAND⁵

Si l'on tape sur les moteurs de recherche prévention + personne âgée on trouve : prévention des chutes, prévention du suicide, prévention de la dépendance et prévention de la maltraitance.

C'est d'un autre type de prévention dont je vais vous parler : la prévention familiale. L'accompagnement des aidants est une des missions de l'hôpital public il s'inscrit dans ses missions de prévention.

On sait que vieillir, perdre son autonomie, être confronté à la mort amène toujours une certaine souffrance chez la personne âgée et son entourage qu'il soit familial ou soignant.

* **Le vieillissement** amène des changements auxquels tant la personne âgée que son entourage doivent constamment s'adapter et, qui plus est, accepter.

* **La dépendance** renvoie à un modèle relationnel parents-enfants, mais ici les rôles sont confus, inversés, mélangés. Qui est le parent, qui est l'enfant ?

Cela fait ressurgir chez chacun des problématiques relationnelles anciennes quand nous étions en situation de dépendance par rapport à nos propres parents.

Cela réactive l'histoire familiale passée car la situation de dépendance réactive un vécu comparable à celui de l'enfance favorisant la résurgence des souvenirs anciens.

* **La mort** est au centre des pensées des personnes âgées, elle réactive des angoisses

⁵ Psychiatre, Lyon.

archaïques profondes. Ces angoisses archaïques sont parfois difficiles à contenir tant par le sujet lui-même que par son entourage et des troubles psychopathologiques peuvent apparaître et se manifester sous différentes formes. Les décompensations psychiatriques à la sénescence ont de multiples visages et elles traduisent des perturbations entre le biologique, le psychique et le relationnel.

Le temps qui se raccourcit amène les personnes âgées à faire un bilan de vie où les pertes et les deuils actuels sont prégnants et réactivent les pertes et les traumatismes passés. Cette proximité de la mort réactive aussi chez l'entourage familial les deuils passés ; elle questionne chacun sur son positionnement face à sa propre mort.

Vieillesse, dépendance, proximité de la mort sont susceptibles de générer de l'angoisse chez les personnes âgées et leur entourage. Cette angoisse est plus ou moins contenable par chacun et par le groupe qu'il soit familial ou soignant. Quand cette angoisse déborde, elle amène une souffrance chez la personne âgée et son entourage, ces souffrances individuelles interagissant entre elles.

C'est du côté de la perte, du renoncement, des blessures narcissiques, du deuil bien sûr impossible que les choses se passent. Ce sont les problématiques personnelles des personnes âgées, les problématiques familiales et conjugales qui sont réactivées.

Le vieillissement, l'état de dépendance progressive auquel il peut conduire est parfois l'occasion de révéler des fragilités jusque-là plus ou moins compensées, ce au niveau du patient, du couple, de la famille. En effet la dépendance attaque les liens familiaux, elle nécessite une réorganisation tant psychique que réelle.

Comment accompagner cette fragilité ancienne qui est relancée chez la famille, comment traiter cette souffrance ?

Car aider cette famille en souffrance c'est lui permettre de trouver ou de retrouver une « bonne présence » face à son parent ; c'est aussi lui permettre de cicatiser au moins en partie une fragilité générée par un passé familial parfois douloureux voire traumatique.

« L'aide aux aidants » est à la mode et la prise en charge des aidants familiaux a été incluse dans les recommandations du dernier plan Alzheimer. Différents lieux proposent cette aide : CRAM, France Alzheimer, Café des aidants, dans les EHPAD par les psychologues ...

Pour certaines familles, l'orientation vers une équipe de Psychiatrie du Sujet Âgé s'avère plus adaptée, il s'agit des familles où la réactivation du passé familial est trop vive, où un

réaménagement des défenses et des liens ne réussit pas à s'opérer si ce n'est au prix d'une trop grande souffrance. Cette souffrance peut amener chez l'entourage divers symptômes : dépression, « maltraitance », attitudes pathogènes à l'égard de leur parent âgé, abandon de ce parent, agressivité à l'égard des soignants dans un rapport de rivalité.

Cet accompagnement de la famille se fait soit en individuel soit dans le cadre d'un groupe de familles. En effet le soutien par un groupe où l'on est confronté à d'autres familles qui vivent des choses comparables à ce que l'on vit soi-même peut s'avérer très aidant. Ce partage de vécus et d'expériences permet de se sentir soutenu dans un co-étayage et donc d'être moins souffrant.

Principes de prise en charge de la famille en Psychiatrie du Sujet Âgé

L'objectif de la prise en charge familiale est d'aider la famille à dépasser les traumatismes passés lorsqu'ils existent, c'est l'aider à retrouver une identité, à renforcer son narcissisme et à retrouver une fonction contenante pour son parent âgé. Cette prise en charge s'appuie sur deux approches :

- La première consiste, dans une **perspective systémique**, à considérer le patient, dans le couple ou dans le groupe familial, comme quelqu'un qui exprime, révèle un malaise qui lui appartient et appartient en même temps au groupe.

Le patient est le « Porte-voix » (Pichon Rivière), le « porte-parole » (Kaës) faisant fonction d'indicateur ou d'intermédiaire (selon l'expression de Pichon Rivière), il dénonce, il signale le fantasme inconscient du groupe.

La famille en tant que système se trouve face à deux exigences : rester ensemble (soit un souci de cohésion), mais en même temps permettre la différenciation des individus. Pour maintenir son équilibre, elle utilise des rituels (agirs répétés, règles familiales...) et se fonde sur un mythe familial, une histoire unificatrice qui explique et justifie les rituels. La famille construit ainsi un ensemble de croyances organisées et partagées par tous les membres, qui colore les relations et l'image que chacun a du groupe familial. Le mythe est fondateur et il prescrit une manière d'être et d'agir dans la famille, il vient renforcer le système et ses règles.

Lors du vieillissement, la structure familiale est l'objet d'une cruelle désorganisation dans ses modes de relation établis antérieurement. Les engagements de responsabilité, les codages de la relation intrafamiliale, les fragilisations narcissiques et la gestion des sentiments de

culpabilité et de honte parfois, dispersent la relative et souvent apparente homogénéité du tissu familial (Gaucher, 1999). Les aidants sont parfois en difficulté pour gérer leur investissement relationnel envers les personnes âgées dans la durée et dans l'intensité. L'asservissement dévoué et généreux s'épuise un jour, au détriment d'une souffrance et d'une forme de « dépsychisation » que certains ont théorisée autour du concept de burn-out syndrom (Talpin J.M et al, 1999). Certains aidants admettent se sentir dépassés et reconnaissent en être arrivés à un tel épuisement que certaines situations les ont amenés à maltraiter leurs proches (Tyrrell J., 2004).

Dans ces cas particuliers, la thérapie familiale systémique a comme objectif de rétablir la communication familiale afin d'aboutir à un accord entre malade, aidant et autres membres de la famille sur la mise en place d'aides médico-psycho-sociales à domicile ou l'entrée en institution d'hébergement.

- La seconde, dans une **perspective psychanalytique**, consiste à considérer l'individu comme le noeud de jonction d'une chaîne générationnelle qui va au-delà de son existence. Comment ne pas évoquer à ce sujet l'affirmation bien connue de Freud que « l'individu mène effectivement une double vie, en tant que fin en soi et comme maillon d'une chaîne dont il est l'instrument, contre ou indépendamment de sa volonté. » (Freud, 1914).

Dans cette affirmation s'entrelacent à la fois la transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle, la mémoire, le rapport entre sort et destin chez l'individu et chez les générations, et encore le sens du temps individuel et du temps familial, leurs divergences et leurs multiples foyers de conjugaison (Green, Le temps éclaté, 2000).

Dans le groupe familial la transmission psychique se fait selon 2 modes :

1/ la transmission intergénérationnelle, avec comme support les photos, les objets. Cette transmission est suffisamment symbolisée et permet la construction du roman familial et individuel ; chaque génération écrit sa part de ce roman familial dans un rapport de différenciation. Cette transmission présuppose l'altérité et renforce le sens identitaire de l'appartenance à un groupe.

2/ La transmission transgénérationnelle où ce qui est transmis est quelque chose dont il est interdit de parler, ce sont des objets non élaborés, des vécus, des traumatismes qui restent enkystés, mais surtout ce sont les réponses au traumatisme, la réorganisation après l'évènement et les modalités défensives mises en oeuvre (défenses transpersonnelles).

Le déplacement dans le temps (autre génération) dans l'espace (à l'extérieur de soi, vers le conjoint ou les enfants) de ce qui n'est pas pensable, est une forme de défense transpersonnelle.

Donc ce qui est transmis c'est non seulement le vécu autour du contenu du traumatisme mais aussi les défenses organisées individuellement et de façon groupale contre ce traumatisme.

Selon Nicolas ABRAHAM et Maria TOROK ce message transgénérationnel serait transmis sous forme de comportements non verbaux, de bribes de conversations, de secrets à demi dévoilés qui demeureraient refoulés dans l'inconscient. En effet chaque famille possède un langage qui lui est propre, une histoire et aussi une pratique quotidienne particulière. L'enfant est baigné depuis sa naissance dans la vie quotidienne de la famille où les choses sont faites avant que d'être pensées. Il y apprend inconsciemment ce que les analystes de la famille appellent « schémas interactionnels coordonnés en action » (Reiss, 1989) et que les neuropsychanalystes appellent « mémoire procédurale ». Ces schémas ont une fonction évidente de mémoire puisque chaque parent l'a lui-même appris inconsciemment dans sa famille d'origine.

Depuis sa naissance, par l'apprentissage de ces schémas, l'enfant absorbe aussi ces comportements qui attirent, immobilisent, expriment ou nient les vécus, les souvenirs, les fantasmes, les émotions. Ces expériences préverbales véhiculent souvent des vécus qui ne sont pas pensables, des traumatismes parfois liés à un secret familial ou à un non dit déposé dans la mémoire d'un seul des membres de la famille. Ces traumatismes sont capables de capter autour d'eux une partie de la vie fantasmatique de la famille génération après génération.

Il y a donc d'autre type de mémoire que la plus courante qui fait que nous sommes conscients de nos souvenirs. Il y a une mémoire silencieuse liée à la réactualisation des expériences préverbales du passé.

Si ces expériences ont été pathogènes et traumatiques, on transmettra une façon pathologique de fonctionner dans les rapports à l'autre en même temps que des modalités considérées comme « normales ».

Anne Ancelin Schutzenberger a beaucoup travaillé sur la transmission transgénérationnelle.

Elle explique que lorsqu'on observe la répétition des mêmes maladies, des mêmes problèmes sociaux etc... Il existe au départ un événement traumatique très important (souffrance, décès, avortement, abandon, meurtre, viol) qui est occulté. Elle nous apprend que cet événement est alors frappé de «nescience», c'est-à-dire de non-connaissance ou d'ignorance, de ce qui est trop douloureux pour être reconnu. Il devient oublié, en état de latence dans la conscience ou glisse même dans l'inconscient. Cet interdit de connaître et de parler de l'événement peut venir des préjugés du groupe et de la honte qui y est attachée. C'est ce qu'on retrouve par exemple dans les cas d'assassinat, de viol, d'inceste, d'enfants hors mariage, de maladie mentale ou d'internement en prison. Selon Anne Ancelin Schutzenberger, c'est l'interdit d'exprimer sa colère et son désespoir vis-à-vis de cet événement qui produirait une imprégnation affective importante dans l'inconscient familial et qui déclencherait l'esclavage de la répétition.

Il s'agit de ce que Jean COTTRAUX appelle les scénarios de vie. Ce sont des situations répétitives dont une personne ou une famille fait l'expérience sur plusieurs générations. Et, même lorsqu'ils sont conscients du danger de cette situation et qu'ils savent qu'il vaudrait beaucoup mieux ne pas la répéter, ils sont comme pris au piège.

Cette transmission peut également prendre la forme d'une obligation de certains sujets de réparer des actions de parents qui ont fait dommage aux autres, même au cours des générations antérieures. Certains désirs altruistes, pourraient y prendre leur origine. Cette volonté est inconsciente et la situation regrettable peut même leur être inconnue.

La famille a donc un fonctionnement compliqué, caractérisé par de multiples niveaux qui sont présents en même temps depuis les plus primitifs qui s'expriment dans l'action, dans le faire, jusqu'aux niveaux les plus évolués qui concernent la pensée, la mise en mot.

Selon Nicolas ABRAHAM et Maria TOROK, ces messages de transmission générationnelle qui échappent à la conscience et à la logique, demeureraient sous forme de « cryptes » pouvant toujours être réactivées dans des situations émotionnelles suffisamment fortes pour en recréer les conditions. On peut penser que la période du vieillissement est propice à ces réactivations du fait des deuils répétés et des angoisses archaïques qui sont à l'œuvre. On voit donc qu'un secret familial reste actif sur plusieurs générations, inscrit dans la mémoire inconsciente familiale.

En Psychiatrie du Sujet Agé, les secrets de famille sont souvent déposés auprès des soignants, peut être du fait de la mort prochaine et de l'urgence ressentie par la personne

âgée ou sa famille de révéler ce qui a été tu pendant des dizaines d'années. De plus, il est plus aisé dans cette clinique de l'âgé, de repérer les répétitions transgénérationnelles car on peut retracer l'anamnèse de l'histoire familiale sur 5 voire 6 générations.

Si l'on considère que la décompensation du sujet âgé amène une crise, une rupture d'équilibre dans le système familial on peut considérer que cette dynamique de crise offre l'occasion de pouvoir mettre en mot et dénouer l'histoire familiale passée. C'est l'occasion d'ouvrir la famille à un autre fonctionnement, de rompre la chaîne de la répétition.

Le travail d'accompagnement familial en Psychiatrie du Sujet Âgé permet d'offrir un contenant pour penser, pour mettre en mot et ainsi transformer les éléments bruts incorporés en éléments psychiques assimilables.

Certaines familles nous laissent la possibilité de travailler avec elles et on peut penser que cette métabolisation a pour effet de protéger les générations futures des effets délétères de ces secrets et de ces traumatismes passés. La prise en charge familiale aurait alors une fonction de prévention pour les générations suivantes.

Dispositif ambulatoire d'accompagnement familial

Au décours de la prise en charge d'un patient âgé, il est important de rencontrer la famille lorsqu'elle existe et que toutes les équipes intervenant auprès de personnes âgées prennent en compte également les familles.

Nous rencontrons donc régulièrement les familles au décours de la prise en charge d'une personne âgée en CMP lors de consultations médicales.

- Soit cette rencontre avec la famille est systématique lors de chaque consultation car la famille accompagne son parent âgé ou que la famille est très impliquée dans la situation ou alors très souffrante. La plupart du temps c'est l'aidant principal familial «membre désigné», conjoint ou enfant qui participe régulièrement aux consultations.
- Soit nous sollicitons la famille ponctuellement pour un rendez-vous. En effet, il est parfois nécessaire de mobiliser la famille autour d'un projet particulier : mise en place d'aides à domicile, projet d'entrée en institution pour personnes âgées, mesure de protection des biens, hospitalisations. Souvent l'assistante sociale est associée à ces rendez-vous.

Cependant partant du constat que la demande de soin émane rarement de la personne âgée

elle-même, mais la plupart du temps de son entourage qu'il soit familial ou professionnel, il nous a paru important de penser un dispositif spécifique pour l'accueil de cette demande. On propose alors à cet entourage une rencontre avec la psychologue et un infirmier au CMP.

Objectifs de 3 ordres en fonction des situations :

1/ Consultation où l'on vient nous signaler la situation d'une personne âgée c'est-à-dire qu'elle est ouverte à toute personne (professionnel ou entourage familial voire voisinage) inquiète d'un point de vue psychiatrique par rapport à une personne âgée.

L'entretien proposé permet au demandeur d'exposer la situation qui le préoccupe. Il s'agit d'un lieu d'écoute, d'évaluation et d'orientation. Il peut y avoir une ou plusieurs rencontres.

Dans un 1er temps, nous explorons, avec l'aide du demandeur, les capacités d'étayage et de contention déjà existantes que ce soient les capacités du patient, de l'entourage ou des professionnels déjà engagés. Nous prenons, à cette occasion, régulièrement contact avec le médecin traitant de la personne âgée en question ainsi qu'avec les professionnels éventuellement déjà engagés. Il s'agit d'abord pour nous de ménager les étayages existants et de restaurer chaque fois que cela est possible la dimension soignante de l'entourage (tant au niveau des familles que des professionnels). Nous ne préconisons pas toujours la mise en place de soins spécialisés.

Certains professionnels nous consultent au sujet de situations difficiles dans lesquelles ils sont très engagés. Ils viennent vérifier si la situation est toujours de leur ressort. Nous sommes alors des interlocuteurs ponctuels sollicités pour réassurer le travail engagé ou aider ces professionnels à poser leurs limites. D'autres viennent alors que leurs équipes sont débordées. Leur demande d'intervention immédiate est très forte. Cette demande est parfois révélatrice de problèmes institutionnels internes aux équipes. Nous sommes parfois en difficulté face à cette demande et renvoyons, lorsque cela est possible, à un dispositif de type supervision ou analyse de la pratique.

Dans d'autres situations, il peut s'agir pour nous dans ces consultations d'aider le demandeur à accompagner la personne âgée vers des soins psychiatriques. En effet et bien sûr dans certaines situations, nous confirmons la nécessité de mettre en place des soins spécialisés pour la personne âgée.

Les rencontres proposées permettent alors d'informer sur le rôle et les modalités d'une

consultation avec un psychiatre, voire d'une hospitalisation en milieu psychiatrique si cela s'avère nécessaire.

Ces entretiens ont pour objectif d'aider le demandeur à évoquer son inquiétude auprès de la personne âgée et à l'accompagner vers une consultation. Dans certains cas, nous pouvons préconiser l'organisation d'une hospitalisation sous contrainte. Nous le faisons alors prioritairement en collaboration avec le médecin traitant et les services intra hospitaliers du Pôle de Psychiatrie du Sujet Âgé du CH Le Vinatier.

2- Suivi plus long de cet entourage demandeur (en général famille) sans forcément orientation de la personne âgée vers des soins spécialisés. Il nous arrive parfois de proposer un soutien, c'est-à-dire des rencontres plus nombreuses et régulières, au demandeur alors membre de la famille.

En effet, lorsque le signalement vient d'un membre de la famille, c'est aussi bien souvent de sa propre souffrance que le demandeur parle. Souffrance révélée, réactivée dans le cadre de la relation avec un parent ou un conjoint âgé en perte d'autonomie psychique et/ou physique. Dans certains cas, la personne âgée n'est pas pour autant ni en demande, ni en nécessité de soins psychiatriques à proprement parlé.

On est alors confronté à la difficulté de lever petit à petit et au moins partiellement le déplacement opéré sur la personne âgée avec, le cas échéant, orientation du demandeur vers un thérapeute pour lui-même.

Ex : Une fille venue sur les conseils du SSAD prenant en charge sa mère. Cette dame âgée présentait des troubles cognitifs avec des troubles comportementaux à type d'agressivité et de violence physique sur les professionnels et sa fille unique qui elle-même avait des comportements violents en retour accompagnés d'une grande culpabilité.

Au fil des rencontres, cette fille avait pu parler de la maltraitance qu'elle avait subi de la part de sa mère durant son enfance, cette mère démunie l'avait élevée seule ; mais surtout cela avait permis à la fille de prendre conscience de ce qu'elle répétait de cette maltraitance avec sa propre fille qu'elle élevait seule également. Cette fille avait pu être orientée dans un second temps vers un thérapeute.

3- Petit à petit, compte tenu de l'intérêt de ce travail, il nous arrive d'utiliser cette consultation «en interne» en proposant un accompagnement psychologique à

l'entourage (en majorité familial : conjoint /enfants).

En fait il s'agit de mettre petit à petit à jour la problématique à l'œuvre notamment dans le cadre d'une résistance à l'introduction d'aide professionnelle ou au fait d'envisager un placement. On tombe bien sûr sur des problématiques familiales et/ou conjugales. (Objectif : travailler sur le plan psychique pour pouvoir travailler dans la réalité).

Cette consultation a aussi un objectif de prévention, prévention très concrète de la maltraitance, des situations de crise à domicile, du recours répété aux hospitalisations en urgence mais aussi prévention familiale pour les descendants. (S.MALTAVERNE).

C'est dans le cadre de cette consultation qu'ont été suivis le mari et plus ponctuellement la fille de Madame B.

Madame B., née en 1946, est adressée pour la 1ère fois au CMP en octobre 2007 par son médecin traitant pour un état dépressif installé dans le cadre d'un diagnostic de maladie d'Alzheimer, elle avait alors 61 ans. Ce diagnostic avait été posé un an auparavant par un neurologue avec mise en place d'un traitement anticholinestérasique (ARICEPT). Cet état dépressif s'accompagnait d'une agressivité importante à l'égard de son mari.

Antécédents somatiques

Polyarthrite rhumatoïde

Adénome mammaire banal

Chute en 2006 sur son lieu de travail avec fracture du crâne et de la clavicule. Cette chute avait aggravé de façon importante le syndrome déficitaire préexistant.

Antécédents psychiatriques

Syndrome anxiodépressif ancien

Antécédents familiaux

Mère, grand-mère et arrière grand-mère maternelles décédées à la soixantaine après une évolution démentielle.

Histoire de vie

Elle a été reconstituée à partir de ce que la patiente, mais surtout la famille, a pu nous dire car les troubles mnésiques de Madame B. rendaient parfois l'anamnèse difficile.

Madame B. est l'aînée d'une fratrie de 2 filles, sa sœur est de 8 ans sa cadette. Cette sœur est psychologue et travaille dans le domaine des troubles cognitifs.

Ses parents se sont mariés, car sa mère était enceinte d'elle, sans l'accord des grands parents paternels qui ont refusé tout contact avec le fils et sa famille par la suite ; le couple parental s'est séparé avant sa naissance puis ils ont revécu ensemble lorsqu'elle avait 3 ans, jusqu'à leur divorce lorsque Madame B. était adolescente. Elle n'a plus jamais eu de contacts avec son père. Elle le décrit comme alcoolique, volage et violent ; il serait décédé à la cinquantaine.

Après le divorce des parents, la mère et les 2 filles vont vivre à Toulouse chez une grand-tante maternelle, les 2 filles sont en pension et la mère travaille à Bordeaux. Lorsque celle-ci perd son travail elles reviennent vivre à Lyon dans un appartement appartenant au grand-père maternel. C'est un ancien militaire décrit comme rigide, autoritaire. La grand-mère maternelle est à cette époque déjà décédée après des années d'évolution démentielle. Les grands-parents s'étaient eux aussi mariés contre l'avis familial.

La mère s'est remariée ensuite et est allée vivre avec son second mari en Algérie puis, quand celle-ci a commencé à avoir des troubles cognitifs, aggravés elle aussi après une chute, ils sont revenus en France à Bordeaux. La mère a fini ses jours à Sainte-Anne à Paris.

Madame B. s'est mariée à 19 ans, car elle était enceinte, avec un homme de 5 ans son aîné, qu'elle avait connu à l'âge de 15 ans. Les beaux parents étaient opposés à ce mariage. Madame et Monsieur B. ont eu une fille unique âgée actuellement d'une quarantaine d'années, divorcée, elle a 2 fils. Le couple B. a été en rupture avec la fille pendant plusieurs années car Madame B. n'acceptait pas son gendre, c'est Monsieur B. qui a renoué le lien après le divorce de la fille. A noter que la fille s'était mariée car elle était enceinte.

Les relations mère-fille étaient difficiles avec une Madame B. décrite comme autoritaire, obsessionnelle, colérique, hyperactive.

Madame B. a travaillé comme secrétaire à l'INSA (où travaille également sa fille). Monsieur B. était chauffeur routier, il était souvent absent de la maison, il a eu plusieurs périodes de chômage, c'est alors Madame B. qui faisait vivre la famille. Monsieur B., en parallèle de son travail, faisait des travaux de rénovation à domicile, activité qu'il poursuit toujours. Le couple n'a pas eu l'habitude, ni de partager ni d'échanger. On peut noter que c'est au moment de la

mise à la retraite du mari que les troubles de Madame B. sont devenus plus importants.

Ce qui frappe dans cette histoire familiale est la répétition sur les générations de plusieurs événements : mariage de la mère, de Madame B. et de sa fille car elles étaient enceintes ; mariage des parents, du couple B. et de la fille non acceptés par la famille et enfin la pathologie démentielle qui existe à chaque génération.

Histoire de la maladie

Les premiers troubles cognitifs sont apparus à la cinquantaine. Madame B. dit que cela ne l'a pas mise en difficulté dans son travail car elle était en poste depuis longtemps « il y avait la force de l'habitude » et elle était, semble-t-il, très étayée par ses collègues. Elle dit que sur les derniers temps de son activité elle a compris qu'elle était malade car elle était obligée de noter les noms des personnes avec qui elle travaillait depuis de nombreuses années.

C'est une chute, en 2006, sur son lieu de travail avec Traumatisme Crânien + Perte de Connaissance qui a aggravé brutalement le syndrome déficitaire. Un neurologue porte alors le diagnostic de maladie d'Alzheimer. Elle n'a plus retravaillé ensuite, d'autant qu'elle avait atteint l'âge de la retraite (1er mai 2007).

Madame B. dit qu'elle savait depuis longtemps qu'elle finirait ses jours, démente, « folle », dépendante, en institution comme sa mère, sa grand-mère et son arrière grand-mère.

Ce serait un médecin qui soignait sa mère à Sainte-Anne qui aurait porté ce pronostic. Madame B. garde un souvenir traumatique des visites à sa mère grabataire maintenue sur un lit au milieu des « grands fous ».

La pathologie déficitaire chez Madame B a évolué très rapidement avec l'installation de troubles phasiques majeurs, de troubles praxiques avec une perte de la marche et une dépendance pour tous les actes du quotidien.

Histoire du suivi

Lors de la première consultation Madame B. peut nous parler de ses troubles cognitifs, de leur évolution depuis 10 ans et de leur caractère héréditaire d'après elle.

Lorsque nous recevons le mari dans un second temps, il pointe essentiellement leurs difficultés relationnelles et son exaspération face à la violence verbale et physique de Madame B. à son encontre. Il nous semble être lui-même dans la violence ce qui nous

amène à lui proposer d'emblée de rencontrer la psychologue sur la consultation destinée à l'entourage.

Madame B. conclut la consultation en disant, avec un grand sourire, à son mari de façon très agressive : «tu as signé pour le meilleur et pour le pire, maintenant tu vas avoir le pire».

Lors de cette consultation nous proposons que Madame B. puisse faire un bilan plus précis de ses troubles cognitifs à la consultation mémoire d'un hôpital gériatrique.

La consultation suivante est une consultation familiale avec le couple B. et leur fille, c'est de la souffrance et de la violence de chacun dont il est question. L'angoisse de Madame B. est majeure et à l'origine la plupart du temps de ses mouvements agressifs. La fille évoque la nécessité d'une séparation de ses parents essentiellement pour protéger son père.

Au cours du suivi de Madame B ont alterné les moments d'apaisement, de dépression ou de violence, concomitants d'une aggravation importante de ses troubles déficitaires.

La prise en charge par des VAD infirmière a permis à madame B. de parler de son histoire, des liens familiaux, de sa dépendance au mari, de ses angoisses d'abandon, de la certitude tout au long de sa vie de développer une démence ; cela a permis également de travailler avec la patiente et le mari l'introduction progressive d'aides extérieures (auxiliaire de vie, IDE).

En parallèle avec le suivi au CMP s'est mis en place un suivi à l'hôpital gériatrique. En effet le bilan avait amené une courte hospitalisation pour compléter et affiner le diagnostic car les premiers examens infirmaient le diagnostic de démence dégénérative type Alzheimer ; la composante vasculaire importante au scanner et à l'IRM et les antécédents familiaux ont fait évoquer le diagnostic de maladie de CADASIL (encéphalopathie vasculaire génétique) qui a beaucoup intéressé gériatres et neurologues et a donné lieu à plusieurs consultations de la patiente et de sa famille. Une enquête génétique très poussée écartera à plus de 90% cette hypothèse. Le diagnostic retenu a été celui «d'encéphalopathie vasculaire sur un terrain familial évident».

Une prise en charge en HDJ gériatrique a permis à la patiente de s'apaiser, l'HDJ ayant une fonction contenante pour Madame B. qui s'est glissée dans une identité de malade démente au sens de troubles déficitaires et a pu se décaler de l'identité de malade démente au sens de la folie.

Début avril 2009 Mr B., lors d'une VAD, évoque la décision familiale de placement de son épouse en Maison de Retraite. Une semaine après, Madame B. fait un infarctus suivi d'une embolie pulmonaire bilatérale. La fille, dans un vécu de culpabilité, fera un lien de cause à effet entre cette décision de placement et les problèmes somatiques de sa mère.

L'état de dépendance de la patiente ne permettant plus d'envisager un retour à domicile, elle entre en maison de retraite. Nous avons clos le suivi de la patiente avec un passage de relais à l'équipe du Long Séjour où elle s'est bien adaptée.

En ce qui concerne le suivi de Mr B de novembre 2007 à juin 2009 sur la consultation pour l'entourage (reconstruit à partir des notes de la psychologue et de l'infirmière qui l'ont reçu en binôme)

Les premières consultations montrent un monsieur d'environ 65 ans, glacial, sidéré par la situation. Son épouse développe depuis quelques années des troubles mnésiques et sa dépendance, grandissante s'impose, au moment où il est question, pour l'un comme pour l'autre de « savourer » une retraite bien méritée.

Le travail de consultation, qui durera environ 18 mois à raison de 2 entretiens par mois, va se développer sur plusieurs axes, avec plusieurs thèmes traités en parallèle sans exigence que les différents plans ne soient consciemment mis en lien. C'est le principe de cette consultation, que nous qualifions de travail d'accompagnement, volontairement le plus souvent maintenue à un niveau ambigu : pour qui vient-on ? Pour soi ? Pour l'autre (le plus souvent un conjoint ou un parent) ?

Ce sont à la fois les histoires conjugales, familiales et singulières qui s'abordent, au travers d'une évocation minutieuse du quotidien avec «l'autre» dépendant, évocation du présent qui renvoie régulièrement au passé et à l'histoire.

Mr B est démuni face aux troubles de son épouse, il les comprend mal et supporte douloureusement sa dépendance, hésitant pendant au moins toute une année : s'agit-il d'une maladie ou renonce-elle sciemment à faire le moindre effort ?. Quand nous faisons sa connaissance, Madame l'agresse régulièrement physiquement et Monsieur fait appel à des réponses «éducatives» sommaires telles le recours à des douches froides «pour la calmer», sans doute défensivement, pour canaliser, tant bien que mal sa propre violence.

Monsieur n'a pas l'habitude de parler ni même de reconnaître ses émotions, lui et Madame n'échangeaient pas beaucoup bien avant tout cela. Nous sommes face à une personnalité

fonctionnant sur un mode opératoire, défensif et fragile.

Pendant toute une année, Monsieur débute chaque entretien par «tout va bien», nous laissant le soin d'assumer le fait que ça ne va pas si bien, pour ensuite nous décrire toute la violence du quotidien avec une maladie évoluant particulièrement rapidement.

Sans doute pour contenir sa colère et son épuisement, il fige son épouse dans un état d'objet et les consultations sont largement utilisées pour nous décrire l'évolution de «cet objet bizarre» cohabitant avec lui. Le discours est froid, désaffectivé, probablement à la mesure des pulsions agressives voire meurtrières qu'il faut tenir à distance.

Néanmoins, avec notre aide, le récit s'enrichit d'éléments de l'histoire, de Monsieur, de Madame et du couple. De temps en temps, des larmes pointent, mais chaque fois, Monsieur se reprend, «je n'ai pas le choix». Chaque fois aussi, nous devons renoncer à mettre en évidence de manière trop directe les liens entre éléments de l'histoire surgissant et éléments évoqués du quotidien. Le fonctionnement psychique de Mr B n'y consent pas, les choses se doivent de rester pré conscientes.

Une fois son épouse placée en institution spécialisée, c'est-à-dire à distance, cette fois pour de vrai, des affects destructeurs suscités par la promiscuité violente avec la dépendance et la déchéance physique et mentale de son épouse, Monsieur B pourra, dans le cadre des consultations, enfin laisser émerger ses affects, pleurer, s'attrister, se plaindre et cheminer vers un devenir «autrement». La construction minutieuse d'un espace commun de rencontre et de sécurité où Monsieur avait pu s'exercer à dire et à entendre rend tout d'un coup possible l'accès au ressenti donc à la pensée.

A noter au passage, qu'il n'est pas exclu que la teneur extrême de cette tension au sein du couple ait participé à provoquer (comment s'échapper autrement ?) l'aggravation brutale de l'état de santé de la patiente. On peut se questionner sur le sens que peut prendre cette maladie dans l'histoire du couple, nourrissant, certes, après coup le fantasme d'une retraite « savourée » ensemble, mais révélant surtout un passé où les contraintes professionnelles de Monsieur ont fourni l'occasion d'une vie peu commune. Il est probable que, pour toute une série de raisons, trouvant racines et sens dans les trajectoires de chacun, comme dans la qualité du choix amoureux, Madame et Monsieur ne pouvaient pas vieillir ensemble.

Le suivi de Monsieur B. nous a longtemps laissées perplexes, avec peu d'indices sur ce que cet espace permettait d'ouvrir. Il nous est régulièrement arrivé de penser qu'il était peut-être

inutile et il nous fallu nous rappeler régulièrement que la présence de Monsieur était sans faille à chaque rendez-vous et que, lui même ne remettait jamais en cause ces rencontres.

A noter également, l'importance, pour notre travail, en quête de sens et d'histoire, les investigations médicales en lien avec les origines supposées génétiques de la maladie de Madame.

Madame B devient folle en vieillissant comme sa mère et comme sa grand-mère et son arrière grand-mère, elle a vécu avec la conviction que tel sera son destin depuis la maladie de sa propre mère. Bien sûr, nos convictions concernant «l'hérédité» diffèrent de celles des somaticiens d'autant que l'enquête génétique a éliminé cette hypothèse, mais, toujours, prudemment, nous acceptons de maintenir le doute et nous nous saisissons de ce «mythe» pour continuer notre quête du sens, de quoi «héritons»-nous, qu'en est-il de la chose psychique ? Ceci nous fournit l'occasion d'évoquer aussi la fille du couple pour laquelle Monsieur s'inquiète. Nous pourrions proposer de rencontrer la fille lors de consultations chargées en émotions, occasion de mise en mot par la fille de son désarroi, de son angoisse de l'avenir, de son questionnement sur la possibilité qu'elle-même développe «la maladie» ainsi que de sa souffrance comme de son inquiétude par rapport à son père et la violence de ce qu'il vit.

Les choses se diront, avec une fille moins démunie que son père pour exprimer ses émotions, une fille en capacité d'entendre ce qui est pointé prudemment des répétitions repérées dans l'histoire familiale et ainsi permettre de l'accompagner vers un suivi psychothérapeutique.

Nous n'avons bien sûr pas suffisamment de recul sur les effets de l'accompagnement de cette famille. Cependant nous avons la prétention de croire que, pour une part, ce travail sur l'histoire du couple et de la famille permet que Madame B ne soit pas « abandonnée » comme elle le redoutait, en maison de retraite : son mari lui rend visite régulièrement et malgré sa grande dépendance et les difficultés matérielles que cela suppose elle continue à participer aux événements familiaux (Noël, anniversaires...).

En ce qui concerne la fille, seul l'avenir dira, et sans doute n'en aurons-nous jamais connaissance, si elle a pu échapper au destin des femmes de la famille et si ce travail initié avec elle, qu'elle poursuit avec un autre thérapeute, aura eu cette fonction de prévention que modestement nous présupposons.

SOINS PSYCHIQUES A DOMICILE ?

Françoise NAZ⁶

Soins psychiques à domicile ?

Le domicile

Dans le droit français, le domicile est réputé inviolable ; la sagesse populaire ne dit rien d'autre quand elle rappelle que chacun est maître chez lui. Seules les personnes invitées sont autorisées à y pénétrer. Aller à domicile, fût-ce pour soigner, c'est pénétrer dans le territoire de l'autre⁷ et, par cette entrée dans son intérieur, accéder à une large part de son intimité. Le langage l'énonce clairement en usant de mots de même racine : le viol, pour la pénétration imposée du corps, et la violation, pour l'intrusion non consentie dans le domicile. Parler de son intérieur, c'est aussi bien discourir sur son logement que sur son corps.

Le domicile est l'un des espaces majeurs de projection de l'appareil psychique de l'occupant. Le choix des couleurs, de la décoration, du mobilier, l'agencement, la profusion ou le dépouillement, le design ou les antiquités, l'uniformité du mobilier ou son caractère hétéroclite, les odeurs, l'hyper-propreté, l'alignement au cordeau des meubles et des choses ou la fantaisie, le parfait état ou le délabrement, le rangement ou le désordre, la saleté, l'incurie...la présentation extérieure immédiate...tout et le moindre détail expriment l'organisation psychique de l'occupant, son rapport à l'espace et aux choses. Lorsque les occupants sont deux et plus, c'est moins la somme des projections individuelles qui est repérable que la projection du système, couple ou famille.

Le logement est aussi le dépôt de l'histoire du ou des occupants. A côté des photographies ou des « souvenirs », les strates de la vie sont repérables dans les choses offertes à la vue. Particulièrement, le domicile de la personne âgée est le dépôt d'une histoire familiale et personnelle. C'est un lieu de mémoire dévoilé à travers les objets-souvenirs, les meubles hérités ou non, les photos racontant les grandes étapes de la vie : mariés, enfants, petits-

⁶ Psychiatre, Ambérieu en Bugey.

⁷ Et dans certains pays, notamment aux Etats-Unis, mettre sa vie en péril, risquer de se faire « trouser la peau »...

enfants... mais aussi la mort avec les objets et photos de disparus

L'investissement du lieu n'est ni uniforme ni global ; il se montre diversifié, de manière évidente parfois, avec des espaces manifestement désertés et d'autres ouvertement surinvestis. Le destin de certains espaces est singulier, à la fois sanctuaire, mausolée et musée : chambre d'un conjoint ou plus souvent d'un enfant disparu. Les fonctions de cette mémoire ainsi matérialisée et exposée sont multiples. Elles peuvent être statiques : dépôt ; elles peuvent être dynamiques : lien et transmissions intergénérationnelles et, dans le cas de la personne âgée, transgénérationnelles. Les cryptes et les fantômes se matérialisent parfois au détour d'un couloir. La personne âgée n'est pas seulement l'occupant et le gardien du dépôt personnel et le plus souvent familial. Elle en est le dépositaire, celui qui a reçu le dépôt, en est responsable et doit le confier à son tour. Elle peut le modifier, le remanier voire l'aliéner.

Le domicile, « l'intérieur », constitue une extension de l'intérieur psychique du sujet. Par là-même, c'est aussi l'extériorisation de cet intérieur et aussi, d'une certaine manière, une extension du corps du sujet (tout comme le schéma corporel du conducteur s'étend aux limites de son véhicule). Le sujet est inscrit dans l'espace-temps par son corps comme dans un premier cercle et le logement, par son intimité avec le sujet, constituerait le second cercle. C'est ce qui rend compte du vœu unanime (même s'il est de moins en moins exaucé statistiquement) de mourir chez soi, à la maison, dans son espace familial. Du moins y vieillir – ce qui donne la mesure de la violence que représente l'entrée en institution, non préparée et trop souvent non consentie. Les décideurs évaluent-ils vraiment le dommage qu'ils se font à eux-mêmes ?

Les limites matérielles du domicile, parfois distinctes du logement proprement dit, par exemple dans le cas d'une maison dans un jardin, différencient dedans et dehors, à la manière de la peau dont on connaît les multiples fonctions physiologiques et psychiques. Clairement, le domicile a une fonction de contenance. Tout comme le pare-excitation, il protège des excitations extérieures, en les amortissant ou en les bloquant. Tout comme lui, il peut être fragile, poreux ou se trouver effracté par la violence venue de l'extérieur. La dimension protectrice, de sécurité, est autant, sinon plus, psychique que physique.

La deuxième fonction est identitaire. Le domicile est un élément essentiel de l'identité – et pas seulement parce qu'il figure obligatoirement sur toute pièce d'identité – qu'il constitue autant qu'il est constitué par l'identité du sujet. On retrouve ici encore la position à la fois statique et dynamique. Le domicile, façonne son occupant comme, parfois autant, que celui-ci modèle son logement. C'est donc dans cette interaction que les acteurs du travail social et du soin ont à s'insérer et à s'intégrer. La question de l'effet de leur entrée, de leur venue sur l'interaction se trouve posée. Comme en physique des particules, faut-il renoncer à la connaissance ou trouver un dispositif qui permette de la repérer ?

La troisième fonction du domicile est d'étayage. Le « chez soi » peut, ici encore, être rapproché du corps dans son rôle d'appui et de guide de la construction du sujet. C'est un lieu de ressource et pas seulement un refuge⁸.

Une quatrième fonction est mnésique. Elle est à distinguer du dépôt historique. Le domicile est comme le « pense-bête » dont ne se sépare pas la personne qui n'est plus sûre de sa mémoire. Comme le pense-bête, les appuis mnésiques fournis par le logement sont constamment remaniés, réécrits.

On doit reconnaître au domicile une fonction créatrice et esthétique. Il ne se réduit pas à être le support passif de l'activité créatrice de son occupant, à la façon de la toile du peintre – bien qu'on parle du rapport actif, d'inspiration ou d'inhibition, de la toile vierge au peintre et de la page blanche à l'écrivain – il la suscite, la provoque et la guide, notamment du fait qu'il n'est ni neutre ni vierge – quand bien même serait-il neuf, « à peine sorti de terre » – puisqu'il exprime un projet, celui du bâtisseur.

L'intervention à domicile s'inscrit dans la règle des trois unités du théâtre classique, unité de temps, de lieu et d'action. Comme au théâtre, on est en direct, il n'y a qu'une seule prise et la scène ne peut être rejouée. Il y a toutefois une différence de taille, qui ne simplifie pas la tâche des professionnels : le livret de la pièce ne peut être écrit à l'avance et les acteurs du soin et de l'accompagnement social doivent improviser, comme dans la commedia dell'arte. Ils ne peuvent le faire sans risque qu'à la condition de disposer de références théoriques communes, d'une représentation partagée de la problématique et de la stratégie de prise en charge. Le cadre et les règles sont fixés par le patient – et/ou le cas échéant par ses proches – mais il s'agit de la donne de départ. Pour que la prise en charge soignante ou sociale soit opérante, en d'autres termes, pour qu'un processus de changement s'installe, il est nécessaire que le ou les professionnels installent un cadre et des règles référés au projet de prise en charge, prenant en compte cette donne.

Celle-ci est parlante et constitue un élément non négligeable de la situation clinique ; elle éclaire entre autres sur la représentation que le patient se forme de l'intervention. A titre d'exemple, reçoit-il dans la cuisine comme le facteur ou le livreur du supermarché ou au salon comme un invité ? Il est important d'éviter les banalisations et les rationalisations qui disqualifient la valeur informative de ces observations.

Aller à domicile implique s'adapter au monde de l'autre pour créer un lien de confiance qui sera le vecteur de la relation d'aide ou de soin à venir et la condition de l'alliance aidante et peut-être de l'alliance thérapeutique. La visite à domicile, codifiée en VAD, est à la fois un

⁸ Tout comme la « Querencia » du taureau dans l'arène. A noter que querencia signifie aussi attachement et retour au lieu originaire..

« aller voir » et un « aller vers ». La vue n'est pas le seul sens sollicité et le risque de voyeurisme est très important. Ce n'est pas le seul risque : le domicile de l'autre est un espace de projection aussi pour les intervenants. On sait que nous ne connaissons du réel, humains et choses, que la représentation que nous en formons, y compris dans l'exercice professionnel le plus « rationnel ». La représentation est largement conditionnée par des éléments inconscients. On connaît les erreurs de diagnostic et d'orientation liées à une représentation du patient non élaborée par la réflexion. En soin à domicile, les représentations prennent une importance d'autant plus forte qu'elles associent le patient et son espace privé, le second cercle dont il a été précédemment question. Le professionnel est beaucoup plus largement sollicité qu'au chevet du patient à l'hôpital ou dans un bureau de consultation ou de service social : il n'y a pas que la présentation du patient, liée au cadre imposé par le professionnel et son institution. Il y a sa présentation « en privé » et dans son décor. Ce n'est plus simplement le choix de sa cravate ou de sa robe, c'est le choix de ses meubles... Le travail sur les représentations au plan individuel et au plan pluriprofessionnel est donc encore plus nécessaire que dans le soin ou l'accompagnement social hors domicile.

La proximologie (en un seul mot...), cette approche désormais classique de l'environnement immédiat du patient, est souvent incluse dans l'intervention à domicile, du fait qu'un ou plusieurs proches sont présents, soit parce qu'ils y résident soit parce qu'ils s'y trouvent à ce moment-là, fortuitement ou délibérément.

Trois situations cliniques pour illustrer ce propos :

1. Clothilde M.

Karine rend visite à Mme M. pour la quatrième fois. Karine est « la dame aux papiers » comme l'a identifiée Clothilde, âgée de 84 ans, qui vit seule dans sa petite maison en plein bourg. Karine a été introduite auprès de Clothilde M. par Nathalie, l'infirmière de l'EMDPG⁹. Clothilde, dans le déni de ses troubles cognitifs mais angoissée par « ses papiers » qu'elle gère difficilement, a, sans hésiter, accepté la proposition de rencontrer l'assistante sociale.

A la première visite, Karine s'est entendue notifier l'interdiction de toucher à un quelconque document, bien que avis d'imposition, factures, attestations diverses au milieu de publicités, gisent en vrac sur la table et lui fassent un magnifique clin d'œil. « Se faire aider, oui pourquoi pas ; se laisser faire, non encore trop tôt ! ». En fin de visite, comme il était 11h30, Nathalie s'est inquiétée du repas à préparer. Clothilde a invité ses deux visiteuses à la suivre dans sa cuisine et montré ce qu'elle avait prévu. Elle aime cuisiner et fait ses courses tous les jours ; elle achète un peu trop car elle oublie et le frigidaire déborde. Sur l'évier, il y avait

⁹ Equipe Mobile Départementale de Psycho-Gérontologie.

quantité de légumes dont du fenouil. Karine, peu familière du fenouil, lui a demandé comment elle le cuisinait. Clotilde, amusée par l'ignorance de Karine, prenant alors le rôle de l'aidante, lui a donné ses recettes avec un vif plaisir. En fin de compte, l'assistante sociale a pu repartir avec quelques informations sociales et reprendre rendez-vous.

Elle revient donc pour la quatrième fois. Le retard d'impayés, de déclarations sont pratiquement à jour. Clotilde a oublié le RV et ne la reconnaît pas. Karine se présentant comme « la dame aux papiers » le visage de Mme M. s'illumine, elle se précipite sur son agenda et voit effectivement inscrit le rendez-vous de l'assistante sociale avec l'annotation « La dame aux papiers ». Aujourd'hui Clothilde a reperdu carte vitale, porte-monnaie... Elle conduit Karine à sa chambre et lui ouvre son armoire afin qu'elle l'aide à chercher. C'est une belle et vraie armoire de grand'mère : pile de draps blancs, de linge de maison, de serviettes etc., alignés au cordeau, rien ne dépasse, tout est net. A chacun des petits tiroirs, sa fonction et son secret : le tiroir des parents avec livret de famille et bijoux ; dans le suivant les enveloppes pour ses dépenses ; dans le troisième une boîte en fer avec les papiers de la concession du cimetière, une autre avec les documents du viager.

L'armoire et son rangement, pour le moins inattendu, sont bavards : La patiente exerçait comme chef-comptable ; enfant unique, elle a toujours vécu chez et avec ses parents. Le rangement en lui-même et le contenu des tiroirs et des boîtes, du livret de famille au cimetière, en passant par le viager qui court-circuite la transmission familiale, officialisant l'absence de descendance, tracent le destin de Clothilde M.

L'épisode de la cuisine est aussi important à considérer et, à y regarder de près, n'est pas éloigné du coup de l'armoire : en « prenant la main » dans la cuisine, la patiente, grâce à la sollicitude de Nathalie et à la curiosité de Karine, s'est positionnée comme « celle qui sait » et peut en apprendre à l'autre. En transmettant son expérience, elle assume la fonction essentielle de l'âgée. En miroir, Karine s'est placée comme celle qui peut recevoir. Cet étayage a permis à la patiente de se déprendre de son attitude défensive et à accepter l'aide de l'autre et son identité professionnelle, fut-ce de manière réductrice¹⁰.

2. Chantal

Mme S., 63 ans, vit seule depuis la mort de son fils il y a 8 ans. Voilà quatre ans qu'elle habite une petite maison de plain-pied avec jardinnet : du fait d'une gonarthrose bilatérale invalidante, elle a dû quitter son 4ème étage vétuste sans ascenseur.

Sa curatrice, qui l'a connaît depuis 9 ans, s'inquiète de son repli, de son laisser-aller, de son discours confus, de ses oublis et depuis un an d'un désinvestissement social. Divorcée depuis 25 ans, Mme S. a élevé seule ses deux enfants qui ont dû être placés en bas âge à la

¹⁰ Encore que cette représentation de la dame aux papiers ne soit pas exceptionnelle dans les équipes, y compris en psychiatrie.

DDASS. Elle est la 8^{ème} et dernière de sa fratrie, étayée par sa sœur ainée qui vit dans la même ville durant l'hiver et, aux beaux jours, retourne dans leur Vendée natale. C'est elle qui a demandé la mesure de protection des biens car Chantal se faisait spolier par les enfants.

La patiente vit au milieu de quatre chats qui se reproduisent et sont source de conflits avec le voisinage. Elle bénéficie d'aides à domicile : aide-ménagère deux fois par semaine, infirmière tous les jours pour son traitement et portage de repas. C'est dans ce contexte que nous allons chez Chantal accompagnée de la curatrice.

L'accueil est chaleureux. Chantal est négligée, le cheveu en bataille. Sur son nez, sont posées de guingois une paire de lunettes auxquelles manquent une branche et un verre. La maison est étrangement impersonnelle, sans vie, froide ; les volets sont fermés, une odeur de vomi saisi à la gorge. Pêle-mêle, on note de vieux meubles dépareillés, un micro-ondes qui a perdu ses boutons, une cafetière sans âge, trois photos scotchées sur le fond du buffet dont une d'elle-même, florissante, datant de deux ans. La libération des chats enfermés dans la salle de bain laisse entrevoir un gros tas de linge sale dans la baignoire : le lave-linge est en panne. Les chats n'ont pas de litière, ils ont accès au jardin. Ils n'ont pas non plus de gamelle, Chantal partage directement son repas avec eux sur un même plateau en s'installant devant la télévision sur son lit, où tous dorment, sans drap, à même le matelas.

Au fil des rencontres, la structure psychotique se confirme. Elle semble avoir été bien contenue tout le temps de l'activité professionnelle de Chantal, aide cuisinière dans un établissement sanitaire. Sa mise à la retraite anticipée suite aux deux prothèses de genoux, le décès de son fils (dont elle conserve l'urne, qu'elle fleurit, dans le meuble de télé, à l'abri des chats), l'abandon de sa voiture peuvent être retenus comme facteurs favorisant l'éclosion de la psychose.

Celle-ci est moins dans son discours que dans sa présentation, son rapport à son corps et son domicile.

3. Monsieur A.

Monsieur A., âgé de 89 ans, dément, seul à domicile, est régulièrement hospitalisé dans un contexte de chute et de confusion. Le maintien à domicile est précaire, le seul aidant naturel étant la voisine. Lors d'une nième hospitalisation, le psychiatre de liaison interpelle l'EMDPG¹¹ face au refus du patient d'entrer en maison de retraite.

La prise en charge consiste en une évaluation écologique et un aménagement des aides à domicile par l'assistante sociale et l'ergothérapeute, la mise en place d'entretiens infirmiers pour soutenir le patient dans ses difficultés physiques et psychiques, les consultations à

¹¹ Equipe Mobile Départementale de Psycho-Gérontologie.

domicile du psychiatre. Parallèlement sont mis en place l'écoute et le soutien infirmiers auprès de la voisine qui souhaite continuer à s'investir mais s'épuise.

Suite à la dernière hospitalisation pour une surinfection pulmonaire, le patient est orienté vers un hébergement temporaire du fait de l'altération de son état général. Immédiatement apparaissent des menaces suicidaires, conduisant le médecin traitant à décider d'un retour à domicile en lien avec l'EMDPG et à solliciter l'intervention supplémentaire du gériatre de l'EMDPG. Ainsi se trouve organisée une hospitalisation à domicile pour les soins de fin de vie. Toujours accompagné par l'EMDP, le patient décède à domicile selon son souhait. La voisine, soutenue, a ainsi pu garder une place privilégiée dans cet accompagnement.

Conclusion

Hors du cadre hospitalier qui contient et protège, le soin à domicile nécessite de disposer d'un cadre spécifique, interne alors même qu'il s'agit par définition d'un travail externalisé.

Ce cadre est assuré par le dispositif de travail : la réunion d'élaboration collective qui permet la construction d'une représentation partagée du patient et de son problème, la définition des objectifs de soins et du rôle de chaque intervenant dans la prise en charge. Il ne s'agit pas d'une répartition des tâches mais d'une véritable élaboration collective d'un cadre de soins individualisé inscrit dans un espace de pensée partagé.

ENTRE DEPRESSION, DEMENCE ET SCHIZOPHRENIE LE DELIRE TARDIF A-T-IL ENCORE DROIT DE CITE ?

Véronique CHAVANE et Cédric GRANET ¹²

Nous avons choisi, en tant que gériopsychiatres, de vous parler aujourd'hui des états délirants survenant au cours de la sénescence. Cette clinique spécifique du sujet âgé est l'occasion pour nous de re-questionner certains principes nosographiques fondamentaux de la psychiatrie. En effet, le délire en tant que symptôme psychotique, ne signe pas forcément une psychose mais vient révéler un état de crise du sujet âgé, et l'on pourrait dire en ce sens, que le délire chez l'âge est l'expression d'une souffrance psychique.

Le symptôme « délire » traverse l'ensemble de la nosographie psychiatrique et donne lieu le plus souvent à un débat diagnostique entre dépression à masque délirant, démence et psychose. La psychose recouvre les pathologies chroniques vieillissantes qu'elles soient dissociatives, le prototype étant la schizophrénie, ou qu'elles soient non dissociatives comme la psychose hallucinatoire chronique, la paranoïa, la paraphrénie et les psychoses de révélation tardive. Mais le délire n'aura pas la même présentation séméiologique et la même valeur psycho-dynamique selon qu'il s'enracine dans une structure psychotique vieillissante ou qu'il vient colorer une histoire clinique dépressive ou démentielle sous-jacente. Il y a peu d'études scientifiques portant sur les troubles psychotiques de l'âge mais on sait qu'un sujet sur dix va vivre durant sa vieillesse une expérience délirante. Nous ne parlerons pas des histoires confuso-délirantes mais notre propos insistera sur une entité purement gériopsychiatrique, sortant du champ de la nosographie traditionnelle : le délire d'apparition tardive.

Délirer, du latin *delirare* signifie étymologiquement « sortir du sillon ». Par extension, délirer c'est aussi : *divaguer*, on entend souvent : « le malade délire » ou « délirer de

¹² Psychiatres, Lyon.

fièvre », c'est aussi *dérailler, déraisonner*, mais délirer c'est aussi *fantasmer, s'exalter sur quelque chose*.

Si ce symptôme n'est pas systématiquement constitutif d'une structure psychotique, il est par contre souvent le signe d'une désorganisation de la personnalité.

Face au symptôme délirant, le psychiatre va s'attacher d'abord à en faire une description sémiologique la plus précise possible. Il recherchera l'ancienneté de l'apparition du symptôme : le symptôme est-il apparu brutalement, (ce qui est rare chez l'âgé faisant évoquer une manifestation confuso-délirante. Dans ce cas il faut toujours éliminer une étiologie organique) ou le symptôme est-il apparu progressivement ? Y a-t-il des antécédents de manifestations délirantes ? Le psychiatre va également décrire les mécanismes du délire c'est-à-dire les mécanismes de production, d'extension et d'édification du délire. On distingue les intuitions délirantes, les interprétations délirantes, les fabulations délirantes et les perceptions délirantes. Chez l'âgé, les thèmes du délire les plus fréquemment rencontrés se rapportent à son propre corps ou à son environnement proche. On retrouve souvent des idées hypochondriaques, pouvant s'étendre jusqu'à des idées de « négation d'organe », bien décrites dans le syndrome de Cotard (où le corps devient persécuteur). On retrouve aussi des idées de persécution, de vol, d'intrusion du domicile, mais aussi des troubles de l'identification (comme le délire d'illusion des sosies décrit par Capgras en 1923). Enfin, les réactions émotionnelles en lien avec le symptôme seront analysées : anxiété, agitation, exaltation, agressivité, tristesse de l'humeur... En écart avec le symptôme délirant du sujet jeune, l'interprétation clinique du tableau délirant de l'âgé est toujours rendue difficile par la réalité physique de nos patients, marquée par des carences sensorielles, souvent affectives mais aussi sociales et la réalité de leurs pertes physiques (ils ont un corps fatigué, douloureux, qui ne répond plus à leurs attentes...).

A ce stade de notre exposé nous vous proposons d'illustrer notre propos à travers plusieurs vignettes cliniques.

Tout d'abord, Madame G. . Mme G est âgée de 91 ans, elle arrive à l'hôpital à priori sans antécédents psychiatriques connus. D'emblée, elle exprime des idées franchement mégalomaniaques, expliquant qu'elle connaît « bien mieux que les docteurs », selon ses termes, la psychiatrie et que son mari a été un grand pharmacien, « le plus grand de la ville » où elle a vécu. Elle ajoute qu'elle communique directement avec Dieu « sans aucun intermédiaire », toujours selon ses termes. Une rencontre avec son entourage fait évoquer un trouble de personnalité avec une première hospitalisation en psychiatrie à l'âge de 17 ans dans un contexte délirant mystique. Ce délire qui semble bien ancien, est réactivé à un moment de perte de l'étayage familial : le décès de sa sœur cadette.

Relisons Henry Ey.

Concernant la psychose, Henry Ey associe aliénation et délire : « si l'on entend par aliénation une modification radicale des rapports de l'individu avec la réalité, on peut dire que ce qui est ainsi désigné c'est le Délire, sous la forme non pas des expériences délirantes ou hallucinatoires [...], mais sous la forme de croyances inébranlables, d'Idées délirantes, terme qui s'applique avec toute sa force à cette forme d'aliénation [...]. Nous devons préciser que ces troubles portent essentiellement sur la conception du monde impliquée [...] dans la notion du Moi. Le Moi est en effet lié à son Monde, et cette liaison « existentielle » est constitutive de la « Réalité » de l'être, dans son monde, en tant qu'elle est l'ordre dans lequel se déroule son existence. Naturellement par réalité il faut entendre non seulement le monde physique, mais le monde humain de l'environnement et aussi le monde psychique ou intérieur du sujet. C'est ainsi que le Moi apparaît à cet égard comme le Sujet qui élabore systématiquement les valeurs de réalité qui le lient à son Monde. Ce lien est essentiellement constitué par les croyances qui assignent à tous les phénomènes du monde leur signification et leur degré de réalité pour le Moi. ».

Dans ce contexte, on comprend aisément que le délire est un révélateur de la construction de la personnalité sous-jacente, personnalité qui s'est structurée il y a longtemps probablement dans l'enfance ou dans l'adolescence. Le délire fait symptôme en tant qu'il est la modalité à laquelle a recours le sujet psychotique pour se défendre de l'effraction qu'occasionne des événements de vie à potentialité traumatique.

Autres paroles de patients

- Monsieur S. est âgé de 82 ans. Il inquiète sa femme depuis de nombreux mois. Il tient des propos pessimistes et ne cesse de répéter « je suis foutu ». Et surtout il s'accuse de « certaines choses » qui pourraient le conduire en prison. Ainsi, son mariage est un faux mariage et il pense d'ailleurs être damné pour cela.

- Madame F. ne tient pas en place, elle est convaincue ne plus avoir un seul vêtement dans son placard. Elle ajoute qu'elle ne peut bénéficier de soins puisqu'elle est en rupture de paiement de ses cotisations à la sécurité sociale et n'a donc pas le droit d'être soignée à l'hôpital. Elle refuse de manger et dit « attendre la fin ».

- Monsieur K., lui aussi ne mange pas. N'a-t-il plus d'appétit ? Non, il explique qu'il ne peut manger puisqu'il n'a plus de tube digestif.

- Quant à Madame Z, elle dit être déjà morte puisque son sang est devenu sable.

Pour ces quatre patients, le psychiatre ne retrouve aucun antécédent psychiatrique ou trouble franc de la personnalité. Dans tous ces tableaux les idées délirantes sont dites congruentes à l'humeur, et les thématiques sont centrées autour de la culpabilité, l'incurabilité, la négation d'organe. Le diagnostic de mélancolie délirante est porté pour ces

quatre patients.

Comment comprendre la valeur du symptôme délirant dans ces contextes cliniques.

Citons Le Gouès : « s'il y a un deuil à faire pour le Gérotopsychiatre, c'est celui du monisme de la pensée. Le sujet âgé est fragile. Des causes minimales déstabilisent son équilibre partiel. Autant admettre que chaque modèle conceptuel [de la dépression du sujet âgé] ne porte en lui que la vertu d'une lecture parmi d'autres et seulement celle là ». Cinq modèles d'interprétation se dégagent de la clinique de la dépression du sujet âgé :

- Tout d'abord, le modèle analytique dans lequel la dépression est comprise comme la manifestation de l'écart qui se creuse entre le niveau de performance du sujet et les exigences de son Idéal du Moi. Naturellement les structures narcissiques sont les plus menacées. La dépression s'exprime par la baisse de l'estime de soi, par un sentiment douloureux d'infériorité, associés à la culpabilité. L'agressivité latente peut surgir et pousser au passage à l'acte suicidaire.
- Quant au modèle psychiatrique, il s'attache à décrire les variations de la conscience (conscience entendue comme conscience de son propre état émotionnel par le patient) qui peuvent être altérées par le trouble de l'humeur. La dépression est considérée comme une maladie dont la référence de base est la mélancolie.
- Le modèle socio-culturel recense les points de rupture et recherche les liens de causalités avec des événements de vie (comme le passage à la retraite, les modifications des liens sociaux, les difficultés d'adaptation aux changements...).
- Le modèle gériatrique insiste sur les dysfonctionnements corporels croissants, s'installant avec le vieillissement, à l'origine d'une réduction de l'autonomie physique et d'une altération de la sensorialité.
- Enfin, le modèle biologique fait référence aux dysfonctionnements des neurotransmetteurs (notamment le métabolisme des monoamines).

Le délire est une manifestation fréquente de la dépression du sujet âgé puisqu'il va colorer le tableau clinique pour un patient sur 3 alors que les dépressions délirantes ne représentent qu'un cas sur 10 chez les patients jeunes. Les thématiques sont le plus souvent congruentes à l'humeur réalisant au maximum le syndrome de négation d'organe de Cotard. On décrit la forme hypocondriaque (thématique de transformation corporelle à valeur dévalorisante : le sang se putrifie, la peau s'enlève par lambeaux...) mais aussi des formes persécutives à ne pas confondre avec un délire de persécution s'inscrivant dans le cadre d'une histoire démentielle.

Justement, voici Mr M.

Monsieur M. est hospitalisé parce qu'il présente une agitation nocturne à domicile avec agressivité à l'encontre de son épouse. Celle-ci s'enferme toutes les nuits dans le grenier devant l'attitude menaçante de son mari qui la prend pour une étrangère. Son mari semble

dans ces moments envahi par des hallucinations visuelles convaincu que des « brigands » s'introduisent dans sa maison. L'entretien révèle des troubles cognitifs et un tableau de maladie d'Alzheimer est rapidement évoqué. Effectivement, un diagnostic de maladie neuro-dégénérative avait été porté deux ans auparavant dans un centre mémoire. L'épouse fait également part d'idées de vol et d'intrusion du domicile depuis quelques mois.

Comment interpréter dans ce contexte, ces manifestations délirantes ? La compréhension est complexe et délicate car ce type de pathologie est au carrefour de mécanismes neurologiques et psychopathologiques. Tout d'abord les hallucinations : plutôt que de parler de véritables hallucinations visuelles on retrouve les caractéristiques d'un tableau hallucinosique. La différence essentielle entre hallucination et hallucinose réside dans la fluctuation du degré de conviction avec une critique parfois possible dans les moments de calme. Les hallucinations sont parfois de simples illusions en lien avec les troubles de la reconnaissance (notamment lesgnosies visuelles, les troubles visuo-spatiaux et visuo-constructifs). Ceci n'enlève rien à l'intensité du vécu émotionnel pouvant être à l'origine de réactions psycho-motrices violentes. Concernant les thématiques délirantes de vol et d'intrusion, leur interprétation doit forcément tenir compte de l'impact des troubles cognitifs sur la vie psychique du sujet âgé. Il est parfois plus économique psychiquement d'attribuer à autrui les conséquences de ses propres oublis plutôt que de reconnaître le déficit qui s'installe. En ce sens, « l'interprétation » que fait le sujet de l'évènement perte (perte des clefs par exemple...) le protège de l'exacerbation de la blessure narcissique que représente l'attaque identitaire du processus neuro-dégénératif.

A travers l'ensemble des vignettes cliniques évoquées précédemment, nous percevons, devant l'apparition de troubles délirants, donc psychotiques, chez un sujet âgé, jusque là à priori sans antécédent, combien il est nécessaire d'intégrer ces troubles dans un cadre diagnostique précis dont découlera naturellement la prise en charge. Nous avons évoqué en introduction une entité spécifique de l'âgé que nous rencontrons fréquemment dans notre pratique clinique. Il existe effectivement chez le sujet âgé des manifestations délirantes qui apparaissent uniquement avec l'avancée en âge, en dehors du cadre des pathologies psychotiques vieillissantes, des dépressions et des maladies neuro-dégénératives. Ce tableau est communément nommé par les géro-psycho-geriatriques : **Le délire d'apparition tardive**. S'il est une évidence clinique dans notre pratique, cette entité n'existe pas aux yeux des classifications internationales. Une tentative d'uniformisation des troubles délirants a eu pour conséquence d'inclure ce tableau, pourtant spécifique, dans le cadre des schizophrénies. Or, comme nous allons le voir, ce tableau ne comporte pas les manifestations dissociatives classiques de la schizophrénie. D'autre part, il est communément admis que la schizophrénie est une pathologie psychiatrique qui prend ses

racines dans des troubles précoces du développement de la personnalité. C'est donc avant tout une maladie qui s'origine dans l'adolescence. Alors, quelles sont les caractéristiques de ce délire d'apparition tardive ? Il s'agit d'un délire le plus souvent construit à structuration paranoïaque, plus ou moins systématisé, faisant référence à la situation de la personne âgée, à sa sphère actuelle d'intérêts et à ses activités. Les idées de persécution, de préjudice voire hypochondriaques sont les plus fréquentes. Les mécanismes du délire, c'est-à-dire les processus par lesquels le délire prend naissance, sont multiples interprétatifs, imaginatifs et hallucinatoires. Le début du délire est souvent insidieux, trompeur, le contenu pauvre avec un thème restreint. Ce délire entraîne des réactions émotionnelles et des modifications de l'humeur. Enfin des troubles du comportement peuvent apparaître pouvant aller jusqu'à un isolement social, des démarches procédurières et quérulentes auprès des instances policières ou judiciaires. Le plus souvent, ce délire sera retrouvé chez une personne isolée, en désafférentation sociale, dans les suites d'un évènement déclenchant. Comment comprendre la fonction de ce symptôme dans l'économie psychique du sujet vieillissant ? Nous pouvons dégager deux pistes de réflexion. Tout d'abord, le délire d'apparition tardive pourrait être considéré comme un mode d'adaptation à la réalité.

Écoutons Mr M.

Mr M. est âgé de 80 ans. Il est hospitalisé pour un tableau délirant à mécanisme hallucinatoire. Il a perdu son épouse un an auparavant, décédée brutalement dans ses bras. Il n'a pas présenté de véritable réaction de deuil, si ce n'est quelques éléments confusionnels rapidement résolutifs. Il est resté seul à domicile et est hospitalisé un an plus tard pour des hallucinations accoustico-verbales sans éléments dépressifs francs. Il entend une voix lui ordonnant de chanter des chants traditionnels portugais pour sa femme décédée. Il entend aussi des chœurs de femmes et d'hommes interprétant des chants funèbres. Ce patient présente une hypoacousie appareillée (mais les appareils sont bien réglés !).

Comment ne pas considérer ces hallucinations comme une solution psychiquement plus acceptable pour ce Monsieur face à la perte de son épouse. La réalité de la perte n'est pas niée mais il s'agit bien de l'impossibilité pour lui de traverser sans encombre les étapes normales du deuil. Le symptôme délirant viendrait donc tenter de combler le vide laissé par la perte d'objet (dans ce cas, la perte du conjoint). Il représente en ce sens le seul moyen pour ce patient d'éviter les mouvements affectifs liés au deuil, le protégeant ainsi de l'effondrement narcissique dont il perçoit inconsciemment le danger. Le patient est au bord du gouffre et le délire lui évite, par sa fonction adaptative, de sombrer. La crise de la sénescence correspond à l'intensification des pertes physiques, sociales, affectives, c'est une période de remaniement de l'appareil psychique entraînant une fragilisation des assises

narcissiques, toutes ces pertes étant condensées dans la perspective de la mort à venir. Comment le sujet peut-il, face à toutes ces attaques, continuer à investir des objets externes à son psychisme et à maintenir une bonne estime de lui-même ? La tentation est alors celle d'un repli sur soi au détriment de l'investissement du monde. Face à cette fragilisation psychique, certains sujets vont donc choisir la voie délirante. Si les thématiques délirantes du schizophrène prennent racine dans l'énigme de l'origine (il est fréquent de retrouver des thématiques mystiques par exemple, le patient se prenant pour Dieu ou Jésus, thématique que l'on peut rattacher au fantasme d'auto-engendrement bien décrit par Racamier), dans les délires d'apparition tardive ce sont les événements de vie et l'environnement actuel du sujet qui fournissent au délire ses thématiques.

Deuxième piste de réflexion : le délire d'apparition tardive a une fonction défensive. Dénigement, clivage et projection permettent au sujet de maintenir à distance l'évènement qui est à la source d'une souffrance psychique.

Ainsi la situation de Mr D. âgé de 84 ans, sans antécédent psychiatrique connu, hospitalisé en urgence pour la prise en charge d'un délire érotomaniac centré sur sa voisine. Son discours est devenu de plus en plus inquiétant à domicile faisant évoquer à l'entourage la possibilité d'un passage à l'acte. Il est hospitalisé sous contrainte à la demande d'un représentant de l'état (ex Hospitalisation d'Office). Il est veuf depuis 2 ans, vit seul dans une grande maison et semble en rupture avec ses deux enfants depuis le décès de son épouse. Le délire, au premier abord interprétatif et bien construit, de structure paranoïaque, s'avère beaucoup plus riche avec des hallucinations et surtout un mécanisme imaginatif. En effet, la rencontre met en évidence, en plus de ce mécanisme interprétatif, des hallucinations acoustico-verbales. Mr D. entend une foule qui encercle sa maison et crie « à mort » ou « amore » ? Il décrit aussi une machine qui fabrique de la vapeur d'eau et « fait vibrer les membranes » selon ses termes pour « communiquer » avec les membres de sa famille et envoyer de la musique. Il invente une vie imaginaire à ses enfants, convaincu que sa fille s'est mariée avec son nouveau patron.

Et le cas de Mme N. ?

Ainsi Mme N. , 86 ans, est adressée pour tableau délirant de jalousie avec opposition aux soins et quelques éléments dépressifs. Elle vit en maison de retraite depuis deux ans, son mari resté à la maison ne pouvant plus s'occuper d'elle. Elle est convaincue que son époux âgé de 80 ans a eu récemment des triplés avec une « dame » venue en visite à la maison de retraite. Elle a découvert ce supposé adultère au travers de petits mots que cette « dame » aurait échangé avec son mari en les cachant dans les chaussures de Monsieur. Rapidement

cette patiente nous dira se sentir beaucoup moins désirée et aimée par son époux. Cette reconstruction délirante est finalement pour elle un compromis acceptable par rapport à la réalité de leur séparation et le vieillissement physique accompagné du vécu de la perte de capacité de séduction. Le mari nous expliquera que le délire est apparu lorsqu'il a marqué au stylo l'intérieur des chaussures de sa femme à la demande de l'institution...

Dans les deux cas il y a perte. Pour Mr D. perte de son épouse, pour Mme N. perte de son domicile et séparation physique du couple (ressentie comme une perte d'amour) occasionnée par l'entrée en institution. Dans les deux cas il s'agit d'une perte d'amour liée à une perte d'objet réelle ou fantasmée, l'objet d'amour semblant être mal intériorisé dans la psyché du sujet. Dans ce cadre, plutôt que de vivre la perte, cet objet mal intériorisé fait retour au sujet dans son monde sous forme d'une néo-réalité. La réalité de la perte est niée, (le sujet ne la reconnaît pas comme réelle), clivée (elle n'appartient pas à son monde psychique conscient) et projetée (elle fait retour au sujet sous le mode persécutoire). Ce que le sujet vit ne peut être reconnu par lui-même comme étant une production de son appareil psychique.

Finalement, à l'issue de notre réflexion ne peut-on pas considérer que ces deux hypothèses sont complémentaires. En effet, le délire ne permettrait-il pas la restitution d'un certain sens aux événements de vie ? Et ne pourrait-on pas considérer que la question du narcissisme du sujet vieillissant constitue la trame de fond de ces manifestations délirantes tardives ? Sous l'impact d'événements traumatogènes, les personnalités au narcissisme fragile peuvent décompenser jusqu'à l'explosion psychotique. Le délire tardif, tenterait d'atténuer ainsi l'agonie existentielle forcément insupportable pour le sujet pouvant mener pour certains d'entre eux, jusqu'au suicide. Nous pourrions donc considérer que le délire pourrait avoir une fonction positive en terme de stabilité psychique. Il représente en ce sens un symptôme au sens psychiatrique certes, mais surtout un symptôme au sens psychopathologique. S'il est nécessaire de l'atténuer (les conséquences du délire pouvant être parfois graves, notamment les conséquences médico-légales), il est nécessaire de le préserver dans sa dimension économique.

Et de fil en aiguille dans notre réflexion si la question du narcissisme est prégnante dans cette pathologie c'est que la question de la mort à venir (la mort physique et psychique) est devenue une évidence incontournable pour le sujet qui doit forcément composer avec cet élément de la REALITE.

En conclusion, il nous semble fondamental de souligner l'importance de l'analyse et de la mise en sens du symptôme délirant du sujet âgé. Ce symptôme sera toujours à intégrer dans

un contexte de vie, une histoire personnelle, une histoire familiale, une réalité physique, sensorielle, sociale et affective. Que le délire soit associé à une pathologie psychotique, dépressive ou démentielle, ou qu'il prenne la forme du délire d'apparition tardive, ce symptôme doit toujours être entendu et prudemment interprété au regard des bouleversements narcissiques du sujet vieillissant. Car, comme nous l'avons déjà dit, c'est probablement à l'approche de la toute fin de la vie que de telles manifestations permettent encore au sujet de vivre cette dernière partie de leur existence, en maintenant, grâce à ces mécanismes, aussi « pathologiques » soient-ils, un équilibre psychique. Nous aimerions terminer notre propos en insistant sur l'indispensable inter-professionnalité de la prise en charge de ces patients, seule garante d'un accompagnement et d'un soutien qui leur permettront de dépasser cet état de crise.

Bibliographie

Ey H. , Bernard P. et Brisset Ch., *Manuel de psychiatrie*, Masson et Cie, Paris, 1962, 1211 pp

Le Gouès G., Ferrey G., *Psychopathologie du sujet âgé*, Masson, Issy Les Moulineaux, 2008, 376 pp

Racamier P.C., *Antœdipe et ses destins*, Editions du Collège de Psychanalyse Groupale et Familiale, 2003

25^{ème} JOURNEE D'ETUDE élaborée et organisée par

**Véronique CHAVANE, Cédric GRANET, Catherine HAFFNER,
Michèle MYSLINSKI, Françoise NAZ,
Sébastien RICHER, Jean-Marc TALPIN et Mireille TROUILLOUD**

avec la contribution de **Marie-Claude FONTBONNE** (secrétariat A.R.A.G.P.)

Remerciements

au Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu