

4eme JOURNEE D'ETUDE
DE
GERONTOLOGIE PSYCHANALYTIQUE

" A PROPOS DU CORPS "

Association Rhone-Alpes
De
Gerontologie Psychanalytique

5 DECEMBRE 1987
HOPITAL SAINT-JEAN DE DIEU
LYON 8eme

S O M M A I R E

- L'oeil et le corps.
Ch. HERFRAY..... p. 4

- L'effondrement de l'image.
Y. KOSSOVSKY, P. MAGDINIER,
I. d'ADHEMAR, H. RITZ..... p. 23

- Le toucher infirmier en g erontopsychiatrie.
P. DELADOEUILLE..... p. 41

- La chute chez la personne  g ee :
une approche psychologique.
Ph. SEFFERT..... p. 57

L'OEIL ET LE CORPS

CHARLOTTE HERFRAY

L'OEIL ET LE CORPS

Ch. HERFRAY *

Comment parler du corps ?

Comme nous en parlons tous : en nous appuyant sur les discours qui nous sont familiers et en empruntant les catégories, les notions et les concepts que ces discours nous offrent. Car toute connaissance passe par un discours. Et chaque discours met à notre disposition des catégories différentes à l'aide desquelles le monde nous devient intelligible.

Le corps en tant que tel est un référent que nous appréhendons à travers de multiples référentiels.

Chacun vient en fait reconstruire un autre corps car chacun de ces discours présuppose d'un autre lieu épistémologique. Chacun implique d'autres modèles et d'autres hypothèses. Il importe de ne pas oublier d'où nous parlons. Le corps du biologiste n'est pas le même que le corps de l'anatomo-physiologiste, ni le même que celui du sportif, ni le même que celui du psychanalyste ou celui de l'esthète.

Le corps d'Hippocrate n'est pas le même que le corps de Freud : pour le premier il est le lieu de la santé, pour le second il est le lieu de la jouissance.

* Psychanalyste, Strasbourg.

Il nous faut renoncer à un discours unique qui aurait valeur de vérité. Nos connaissances relatives, partielles, limitées, constituent les savoirs disponibles sur l'objet corps. Ils sont tributaires de l'histoire des sciences et des techniques ainsi que des découvertes possibles à un moment donné par tel ou tel membre de la société des chercheurs.

Socrate, dans un célèbre discours sur la spécificité de l'enseignement rapporté par Platon dans les Discours socratiques et intitulé "LE MENON" ne dit-il pas que nous ne savons pas grand chose mais que notre honneur c'est d'être des chercheurs ?

Tout chercheur est soumis à deux exigences contradictoires : disposer de connaissances exactes, fiables d'une part, et d'autre part être en mesure de reconnaître ses ignorances, ses limites et ses erreurs, sinon la science ne peut d'aucune manière progresser : pour ne pas se tromper il faut accepter de s'être trompé et de ne cesser de se tromper. C'est l'aptitude à reconnaître nos erreurs qui fait de nous des chercheurs.

Pourquoi ce long préambule ?

Pour trois raisons au moins.

1°) L'AGP rassemble des praticiens et des chercheurs qui s'appuient sur des praxies différentes. Il importe, pour que nous puissions échanger valablement, que nous soyons au clair quant à la question : d'où parlons-nous ?

2°) Parce que le référent que nous appelons corps ne peut jamais être assimilé au référentiel qui le présente. Il faut toutefois qu'il y ait entre l'objet et le discours un lien d'exactitude. Si différents discours sont possibles, il faut savoir que chacun présuppose d'un lien épistémologique différent. Les linguistes appellent cela la pertinence.

André Martinet, dans son petit livre "Eléments de linguistique générale" écrit que toute description d'un objet se fait d'un point de vue déterminé et que "ce point de vue une fois adopté, certains traits, dits pertinents, sont à retenir : les autres, non pertinents, doivent être écartés résolument".

Les traits pertinents pour un médecin ne sont pas les mêmes que ceux qui sont pertinents pour tel ou tel psychologue ou pour ceux qui se réclament du discours freudien.

Ainsi au lit du malade deux cliniques en viennent-elles à se télescoper. Celle qui prend en compte le corps fonctionnel, celui de la santé, où les symptômes sont des signes qui présupposent des causes et permettent d'identifier telle ou telle maladie.

Celle qui prend en compte le corps comme lieu de la souffrance et de la jouissance et où les symptômes sont des signes linguistiques c'est-à-dire pour un individu dit malade une manière de dire à quelqu'un quelque chose de sa souffrance ou de sa jouissance.

3°) Enfin, même si le corps fait l'objet de savoirs qui s'enseignent, tous les discours sur le corps sont battus en brèche par l'expérience que tout un chacun a de son propre corps. Et cette expérience échappe à la parole dans la plupart des cas. Elle est tributaire de nos sens et non plus de notre intelligence. Et nos sens nous illusionnent, mais nous ne le savons pas.

Le corps de la science et le corps de l'expérience ne sont pas les mêmes. Le corps que j'étudie et le corps que je suis ne relèvent pas du même registre. Celui que je suis et celui de l'autre que je touche ou non de mes mains (c'est-à-dire le corps du corps à corps) ne me font pas le même effet. Car même si je sais ce qu'est mon corps il n'en demeure pas moins que j'ai un corps et que je suis un corps. Et dès lors que celui que j'ai ou celui que je suis se manifestent, me rappellent à l'ordre ou me remplissent d'aise, voici que les mots se dérobent. Le corps ne peut être à la fois le sujet d'une expérience et l'objet d'une observation.

Le corps qui est le mien ne cesse de me conduire aux frontières de l'ineffable, de l'indicible. Comment par exemple articuler quelque chose du plaisir ou de la douleur intense que nous ressentons ? Les mots se dérobent dès lors que la souffrance ou la jouissance prennent possession de ce corps qui est le nôtre.

Renvoyés à la limite du dicible, une métaphore à la mode ne vient-elle pas désigner ces états comme des états où "on s'éclate" ? Ou des "traversées du miroir" ?

Corps étrange alors et étranger : car la connaissance et la maîtrise nous en échappent.

Il nous trahit ou nous avoue... il se dérobe à toute injonction volontariste et il ne triche jamais. Non seulement Je est un autre comme l'écrivait Rimbaud, mais encore mon corps est un autre. Il résiste et insiste à m'imposer sa Loi. Ce que S. FREUD nous a appris c'est que le biologique est traversé par le symbolique c'est-à-dire que les lieux du corps sont marqués par le poids des paroles qui les ont désignés comme importants ou honteux, selon la forme du désir véhiculé par ceux qui nous parlaient quand nous étions enfants. Et cette expérience se noue à une autre, celle des premiers mois de l'existence, celle des temps d'un en-deça de la parole. Celle des temps où l'exploration de lieux du corps, sous-tendue par l'énergie pulsionnelle et les grands besoins physiologiques, dessinait un corps morcelé et les contours de telle ou telle zone d'un corps où le plaisir est venu s'articuler à la satisfaction de nos besoins et le déplaisir à l'expérience du manque.

Nous ne sommes plus là dans une pertinence anatomo-physiologique. Car si nous avons recours aux termes de satisfaction et de plaisir, nous nous situons sur le registre de la subjectivité. Avec ses corollaires, la parole et la demande.

La théorie forgée par J. LACAN offre une de ces formules dont il avait le secret pour ramasser une question : "le corps fait trou dans le symbolique" écrivait-il. Nous entendons que le corps c'est du Réel, c'est-à-dire l'inconnu, le non représentable, l'ineffable mais qui toutefois existe puisqu'il ne cesse de faire effet, même si sa connaissance et sa maîtrise échappent.

Les sciences ne cessent de tenter d'approcher ce Réel qui n'est pas rien : mais même le microscope le plus fin ne permet rien d'autre que l'observation d'une réalité qui est elle-même un effet du Réel.

Nous entendons que le Réel c'est cette Wirklichkeit (comme disait S. FREUD) qui est au delà de la réalité apparente.

Dire que le Réel fait effet c'est dire que la "Wirklichkeit wirckt". S. FREUD la distinguait de la réalité (die Realität) ; cette dernière peut être appréhendée. C'est elle qui présentifie le Réel. Le Moi dans son enveloppe de peau c'est ainsi que la réalité du corps nous apparaît. Le Réel lui, travaille à bas bruit derrière cette enveloppe qui constitue une apparence. Or c'est cette apparence que nous offrons au regard. Au regard d'autrui mais aussi au nôtre.

Cette apparence que nous reconnaissons pour la nôtre, Didier Anzieu en a théorisé les fondements dans son livre sur le "Moi-Peau". S. FREUD écrivait à son propos en 1921 "Le propre corps de l'individu et, avant tout, sa surface, constituent une source d'où peuvent émaner à la fois des perceptions externes et des perceptions internes. Il est considéré comme un objet étranger, nous fournit au toucher deux variétés de sensations, dont l'une peut être assimilée à une perception interne. La psycho-physiologie nous a d'ailleurs suffisamment montré comment notre propre corps se dégage du monde des perceptions.

La douleur semble jouer, elle aussi, un rôle important dans ce processus et la manière dont, dans les maladies douloureuses, nous

acquérons une nouvelle connaissance de nos organes est peut-être de nature à nous donner une idée de la manière dont nous nous élevons à la représentation de notre corps en général".

Pour S. FREUD ces phénomènes remontent à la prise de conscience et à la naissance du Moi. Dans la 2ème topique (1921) le Moi est la surface sociale de l'individu, coupée du Ça. Il est celui dont nous rencontrons l'image dans le miroir.

Nous voyons pointer là une théorie différente de celle des neurologues qui parlent du schéma corporel : les psychanalystes, cohérents par rapport à leur propre pertinence et à l'option subjective parleront, eux, d'image du corps.

Dans cette perspective, il nous faut bien dire un mot sur cette autre trouvaille de J. LACAN, théorisant ce qui se passe lors de ce moment crucial où le petit humain prend conscience de l'image de son corps comme étant une entité unique, une forme spécifique. Ce moment que J. LACAN appelle "le stade du miroir", se situe quand nous rencontrons notre image dans un miroir et que nous la reconnaissons comme étant la nôtre. Généralement l'enfant est sur les bras de quelqu'un qui lui désigne cette image : la reconnaissant comme la sienne il la reconnaît en même temps comme étant constituée sur le modèle d'un autre. Cette reconnaissance s'accompagne d'une "jubilation". Ce moment est un "carrefour structural" selon LACAN : il constitue en effet un moment clé de la construction de notre identité et du rapport à notre image.

Car celle-ci ne nous est pas indifférente. Tout un chacun entretient avec elle des liens pétris d'affects, positifs ou négatifs, d'acceptation ou de refus, d'amour ou de haine, selon le destin singulier et les méandres de l'histoire privée.

Ainsi le corps que je reconnais comme le mien c'est dans le miroir que je l'ai rencontré, sous la forme d'une image et cette image je l'ai aimée... et depuis lors elle me plaît ou elle me déplaît.

Ma relation à cette image c'est l'histoire de mon narcissisme : trop d'investissement dans l'amour de soi ne laisse nulle place pour un autre. Trop peu ne permet pas d'exister : il faut un minimum d'amour envers soi. Certaines blessures narcissiques trop profondes constituent pour le Moi une hémorragie de ses forces vives.

Mais le rapport à notre image ne se commande pas. Ni les affects qui nous ont permis d'entretenir avec elle des rapports sous-tendus d'illusions.

Lors de la vieillesse qui avance, cette image fortement investie au fil de l'existence (positivement ou négativement) voici qu'elle se défait, se déchire et laisse entrevoir un autre dont l'image porte les marques incontournables d'une défaite en cours.

Et le processus de cette défaite vient signifier que nous allons vers une échéance, celle qui s'impose à tout ce qui vit.

Ce mystère n'a cessé de hanter les poètes, les peintres, tous les créateurs qui ont su évoquer ce problème des apparences qui voilent l'horreur de la mort : les fresques moyennâgeuses des "dances de mort" en sont, entre autres, des exemples.

La beauté est une apparence ; elle n'est pas pérenne. Derrière elle grimace le faciès de la mort. La théorie du narcissisme, inventée par S. FREUD vers 1914 est venu s'enrichir des travaux de LACAN. La théorie du "stade du miroir" fut exposée en juillet 1949 au Congrès de Zürich (en fait sa découverte remonte à 1936). Elle vient consacrer l'importance du registre de l'imaginaire : le Moi est une construction imaginaire. C'est cette image que nous investissons. C'est elle aussi qui est investie par autrui.

Or dans la vieillesse l'image se déchire : ce qu'elle venait masquer se révèle à travers les interstices de ses déchirures. Et ce qui se révèle a trait à l'horreur indicible, celle qui a trait à notre propre mort.

Comment faire face pour un sujet à la débâcle qui s'annonce ?

Eh bien certains y font face avec beaucoup de courage et de force. Si nous les écoutons bien, nous nous rendons compte qu'ils puisent leurs forces dans les richesses symboliques qui les habitent, les paroles, les textes, les écrits qui charrient tout au long du fil de la tradition orale ces signes signifiants, ces mots dont l'humain se soutient quand son récif fait naufrage et que selon la belle formule anglaise il s'agit de "Sauver son âme" (S.O.S. c'est-à-dire save our soul).

Mais nous voici loin du discours scientifique ; nous avons glissé insensiblement vers les mythes, les constructions symboliques dont les humains se nourrissent car elles sont quelquefois plus nécessaires que le pain.

Et cette nourriture symbolique, ces "paroles-signes", sont nos repères et nos soutiens quand le Réel impose sa Loi et que le sujet affronte la muette détresse du crépuscule, avec pour compagnon ce corps qui ne fait pas de cadeaux, ce morceau de Réel implacable qui nous rappelle à l'ordre de sa Loi.

Pour tenir la route le sujet se soutient du symbole. Etrangement nous constatons que même quand ils meurent, les gens ne meurent pas n'importe quel jour. On trouve très souvent dans leur histoire familiale un signifiant qui vient marquer ce jour comme étant un jour pas tout à fait comme les autres. Les exemples ne manquent pas : on meurt le jour de telle ou telle fête, de telle ou telle date d'évènements familiaux importants, au moment de la naissance de tel ou tel bébé dans la famille, le jour anniversaire d'une mère ou d'un autre parent bien-aimé etc.

Le corps donc, ce morceau de Réel balisé de symbolique et voilé d'imaginaire, c'est lui qui nous ouvre au goût et au dégoût, au

plaisir et au déplaisir. Il est le support où s'articule non seulement la vie et la mort mais où siègent nos organes et leurs fonctions biologiquement programmées ainsi que le désir qui vient souvent faire échec au biologique. Et le désir se déploie selon une autre logique que celle des discours scientifiques.

C'est pourquoi il est pertinent de dire, à la suite de S. FREUD et de J. LACAN, que le corps biologique est traversé par le symbolique (les médecins en connaissent quelque chose ; ils appellent ça "le moral" du malade). L'énergie pulsionnelle concept énergétique et quantitatif chez S. FREUD au début de sa théorie, devient vite un concept qualitatif. Le corps, traversé par le désir, ne connaît qu'une chose : la recherche de satisfaction.

Que les avatars de notre histoire aboutissent souvent à des impasses, témoignent simplement que la jouissance est problématique et qu'elle doit quelquefois emprunter les voies les plus tordues pour atteindre son but.

La clinique nous offre de nombreux exemples de malades qui "sont punis là où ils n'ont pas péché"...

Qui les punit donc ? Et que signifie qu'ils le soient justement là ? La libido investie dans les objets ou dirigée contre nous-mêmes marque sur notre corps les lieux de notre angoisse et de notre désir.

A la fin de sa vie, S. FREUD pensait que le concept de pulsion était un concept limite entre le psychisme et le soma. Il est un fait que ce sont les orifices du corps qui constituent les lieux privilégiés de la satisfaction pulsionnelle. Ils correspondent bien à ces zones investies prioritairement par l'individu, lieu des premiers plaisirs et des premiers déplaisirs.

Et le langage est plein de métaphores qui illustrent le territoire des lieux du corps ayant balisé la nature des premiers liens à nous-mêmes et à autrui.

Ne dit-on pas de ceux qui ne nous reviennent pas qu'on "ne peut pas les sentir ?" "Je ne te regarde plus" disent les enfants à ceux

qu'ils voudraient effacer de leur horizon. "Va te faire voir ailleurs" etc. Les injures témoignent souvent de nos répulsions "va te faire foutre" et bien sûr "je t'emmerde" ; de même notre attachement garde trace de ces réminiscences : ne "dévore-t-on" pas du regard ceux qu'on aime ? Et, réciproquement ne dit-on pas qu'on les "mangerait bien" ? ne "dévore-t-on pas (quelquefois) de baisers ?". L'histoire amoureuse est pleine d'exemples à ce propos.

Pourquoi rappeler ces métaphores ?

Parce qu'elles viennent mettre en forme (une méta-forme) les effets des traces archaïques des premiers affects.

D'ailleurs la clinique psychanalytique est bourrée d'exemples où les patients parlent de la répulsion, de la honte, des sentiments de dévalorisation qui les submergent quand ils évoquent leur rapport à leur corps.

D'autres l'aiment à en mourir... le mythe de Narcisse n'est pas sans fondements.

Comment Narcisse pourra-t-il supporter sa défaite ? De la voir s'imposer peu à peu est-ce supportable ?

Chez les vieux ce qui se signifie ce sont deux choses en particulier : la première a trait à la problématique de la perte. La seconde a trait à l'avancée de l'échéance.

La problématique de la perte se joue pour tout un chacun à partir du moment où la vie sociale contraint d'abandonner les rôles familiers mais surtout dès lors que l'énergie s'amenuise, que les fonctions accusent des déficits, que le corps flanche. L'usure physiologique est un fait.

Et chacun, à sa manière, accuse le coup.

Cette usure s'offre à l'oeil. Elle a des témoins dont le regard ne triche pas. Mais surtout le sujet lui-même constate par expérience ses défaillances et le fait que le miroir lui renvoie une image qui ne

cesse de se délabrer. Beaucoup ne se regardent plus guère en ces temps de la défaite. Plus encore les photos, les films, tout ce qui fixe l'image, accuse la marque et la marche du temps. Et cela fait déplaisir.

Cette image, rencontrée avec joie lors du temps de la petite enfance, voici qu'elle cesse d'offrir les gratifications narcissiques familières. Le stade du miroir se révèle chez les vieux sur un mode inversé : s'il fut celui de la jubilation voici qu'il est trop souvent celui de la désolation pour qui n'a su trouver d'autres objets d'investissements que lui-même.

Le trou dans le symbolique est "reprisé" lors de l'enfance par les mots qui viennent articuler autour de l'image cette consistance langagière qui fonde notre identité et nous conduit à être le sujet de notre histoire.

Mais l'image ne résiste pas au temps et à ses outrages. Comme le voile de MAYA elle dissimule sous les apparences l'âpre vérité de l'existence.

Dès lors que le voile en vient à se déchirer, ce qui se révèle c'est un cortège d'horreur qui préfigure cette horreur capitale, irréprésentable, finale, celle de la mort.

Elle nous enseigne que l'existence est dialectique et que l'inversion du rapport dialectique entre la vie et la mort conduit à la victoire de celle-ci.

Alors nous, médecins, soignants, psychologues, psychanalystes, que faisons-nous dans cette galère ?

Eh bien, selon notre statut, nos fonctions, l'image que nous nous faisons de notre rôle, les référentiels sur lesquels nous nous appuyons, ce corps nous en prenons soin... à moins que nous ne privilégions de prendre soin de celui dont tout porte à penser que le corps lui pèse... jusqu'à le désertier comme certains cas d'ALZHEIMER en témoignent, ne laissant plus rien d'autre qu'un corps fonctionnel.

En fait, avec les moyens dont nous disposons, nos options conjuguées et nos affects à fleur de peau, nous luttons là où le Réel fait effet et où les images familières se déchirent. Là où les mots manquent et où, dans les trous du symbolique, le Réel nous apostrophe, nous impose sa Loi et nous confronte à nos limites.

En fait plus qu'ailleurs, c'est là où l'épreuve du temps nous attend car le commerce avec les vieux ne cesse de signifier que le vivant meurt.

Nul vivant n'a pouvoir de remonter dans le temps et de faire advenir à nouveau ce qui est révolu. Et quand les mots manquent nous sommes la proie des effets du Réel comme nous devenons la proie de nos fantasmes.

Rencontrer ses limites, en termes freudiens, c'est rencontrer sa propre castration et le retour du refoulé qui l'accompagne.

Ainsi le commerce avec tous ces vieux ne permet-il guère de faire l'économie d'un intense travail de pensée puisque, sans intention d'aucune sorte de la part de qui que ce soit, ils nous annoncent nos propres lendemains. Et cela nous ébranle toujours. Les vieux, étrangement, dès lors que socialement ils ne sont plus rien, ne cessent de nous signifier une foule de choses. Encore faut-il prendre la peine de les articuler, c'est-à-dire de ne cesser de tirer les leçons de notre expérience.

Cela me fait penser à cette belle phrase de Laurence DURREL dans Justine : "Quelque part, au coeur de l'expérience, il y a un ordre, une cohérence qui nous surprendrait si nous étions assez attentifs, assez aimants ou assez patients. Aurons-nous le temps ?".

L'oeil et le corps ai-je choisi d'intituler mon exposé de ce matin. L'oeil est le siège du regard : c'est en fait de notre regard sur les vieux qu'il s'agit, de notre regard clinique.

Or la particularité de la clinique c'est qu'elle est rompue dans son unité. Je tentais de développer cette thèse à STRASBOURG début novembre. Je pense en effet que la clinique est rompue du fait de l'envahissement des sciences humaines, des psychologies, de la psychanalyse surtout, qui nous confrontent à des pertinences fort différentes et conduisent au fait qu'au "lit où ça souffre" on peut voir et entendre des choses tout à fait différentes selon que nos référentiels nous ont préparés à soigner la maladie ou à être un interlocuteur possible pour le malade.

Dans la "Naissance de la clinique" (p. 108) Michel FOUCAULD écrit ceci: "Le regard clinique a cette paradoxale propriété d'entendre un langage au moment où il perçoit un spectacle. Dans la clinique ce qui se manifeste est originairement ce qui parle".

Le regard sur le corps fait que celui-ci parle au médecin. Il parle des organes qui s'usent, des fonctions qui flanchent du fait de l'âge, de la santé qui s'amenuise, et là les sciences médicales s'avèrent efficaces car il importe de prendre soin du corps.

Mais le regard sur les corps vieux, à ceux qui s'appuient sur la pertinence freudienne, parle du fait que l'enfant fait retour dans le vieillard qui nous regarde, que les lieux du corps restent soumis à la loi de la jouissance (car le désir est indestructible), de la castration symbolique dès lors que l'énergie pulsionnelle se dérobe (corrélativement à l'impuissance réelle où plonge le grand âge) et nous signifie que tout cela fait mal, très mal à celui qui nous dit (quand il nous fait confiance) : "Ah ! comme c'est triste de vieillir ! La vie n'est vraiment plus belle du tout !" "Si vous saviez !...".

Quand ils ne nous font pas confiance ils ne disent rien du tout.

Et pourtant ils s'accrochent... et soudain, curieusement, ils lâchent prise.

Quant à nous, nous nous trouvons renvoyés au silence et à notre impuissance, car ce qui se dit (ou ne se dit pas) est tragiquement vrai. Si nous démentons ce qu'ils disent, nous ne reconnaissons pas la plainte ni son bien fondé. Si nous la reconnaissons nous avouons notre impossibilité à les délivrer de leur détresse.

Alors que faire ?

Si la science permet de gagner sur l'ignorance et de découvrir les lois qui régissent le Réel, il faut bien dire que la vieillesse extrême et la mort ne relèvent pas de la science.

Ce sont des temps de la vie qui relèvent d'un travail de symbolisation, de réflexion sans cesse renouvelée, comme toutes les époques et toutes les civilisations les ont effectués, afin de trouver la manière la plus juste de traiter ceux qui ne sont plus en mesure de tenir leur place et qui s'acheminent vers une absence sans retour.

La vieillesse, quand nous en sommes les témoins, nous renvoie à l'ordre symbolique et aux problèmes existentiels. Elle nous renvoie aux mythes, aux richesses étonnantes des leçons que véhicule la tradition orale, qui seule garantit la pérennité symbolique et maintient les civilisations vivantes.

La vieillesse nous convie à parler car les vieux eux, justement, ne parlent plus guère. Ils ont l'expérience de la vieillesse, ein Erlebnis, comme disent les allemands, distinguant Erlebnis et Erfahrung c'est-à-dire l'expérience éprouvée et celle qui est médiatisée par le langage.

Or l'expérience éprouvée échappe à la parole. Elle est ineffable. Quand on y est plongé on ne peut rien en dire. On peut en

parler avant (c'est ce que je fais) ou après, pas pendant. Ainsi en est-il quand on est amoureux. Ainsi en est-il lors de ce long travail de séparation d'avec nos objets fortement investis quand ils nous échappent, quand nous les perdons : je parle de ce que S. FREUD appelait le travail psychique du deuil.

Toute expérience nous saisit et nous ne pouvons rien en dire. C'est dans l'après-coup que quelque chose peut être dit. Mais pour les vieux avec lesquels nous travaillons, il n'y a plus d'après-coup, jamais.

Ils sont en train de faire le deuil de leur vie, de leur beauté, de leur santé, de leur autonomie, de leurs moyens, des objets de leur amour et de leur haine ; subrepticement un mot leur échappe quelquefois que nous recueillons dans la mesure où nous l'entendons.

Et dans le silence de leur pensée ineffable ils regardent... ils errent dans les couloirs et attendent devant les portes des ascenseurs.

Il ne se regardent même plus dans les miroirs en ces temps où la beauté s'est dérobée, où Narcisse a chû... et où le désir du désir qui soulevait l'enfant devant le miroir dans la jubilation de la reconnaissance de soi, cède le pas à l'hémorragie identificatoire, où celui qu'on ne croyait pas être, avance sous le masque d'une majesté déchue.

J'ai ainsi connu une vieille femme qui avait été très belle et qui continuait à se battre pour sauvegarder cette image d'elle. Cette image était d'ailleurs représentée sur un pastel (elle y figurait dans une éclatante quarantaine). Ce tableau était accroché au mur, au-dessus du fauteuil où elle avait pour coutume de s'asseoir. Cheveux teints, visage maquillé, habits toujours soignés (elle consacrait à sa toilette et aux soins qu'elle prenait d'elle les 3/4 de son temps au moins) elle souriait de son dentier éclatant et se nourrissait des compliments que lui prodiguaient ses visiteurs. Les sentiments des visiteurs étaient mélangés : de l'admiration ils oscillaient à la pitié ! Car peu à peu le masque accusait le coup. Mais elle se conduisait comme si elle n'en voyait rien. Ce déni commençait à agacer ses proches. Cette femme a dû

se faire opérer d'une cataracte. Cette opération la conduisait à être appareillée de lunettes épaisses.

L'intervention chirurgicale s'est très bien passée. Et curieusement, sans raisons médicales bien précises, elle est morte d'un arrêt cardiaque pendant son sommeil, à l'issue de l'opération.

Ceux qui l'aimaient ont été tristes mais pas trop étonnés : comme Dorian GRAY face à son portrait qui venait se substituer à l'image réelle, le sujet ne pouvant plus tenir la gageure d'être à la hauteur du portrait, a préféré quitter la scène.

Ce qui là joue un rôle c'est bien le regard : le regard porté sur notre image ; le regard de l'autre dont il faut supporter le poids ; ce regard où se reflète non plus de l'admiration mais du dégoût. Ce regard ne peut indéfiniment démentir le Réel : il y a toujours un moment où il fait retour car l'illusion n'est qu'une fiction fragile, même si certaines ont la vie dure.

Le corps c'est du Réel et son intrusion fait effet dans la réalité, là où le coup accuse. Et c'est le corps fonctionnel qui porte la marque de ce coup. Le corps du désir et de la jouissance, celui du plaisir et de la souffrance rassemble l'énergie qui reste pour poursuivre la bataille, de plus en plus en ordre dispersé. Le sujet n'est pas prêt à abandonner la partie et à se soumettre à ce qui arrive : et c'est une bonne chose.

Cela témoigne que nous sommes de "bons soldats", je veux dire des témoins de vie, même si celle-ci est cruelle. Narcisse chez les vieux est confronté à une étrange dialectique. Car la dialectique existentielle qui sous-tend notre vie de la naissance à la mort présente au crépuscule une tendance inversée à celle qu'elle présentait à l'orée. Je précise : si le narcissisme du petit enfant se déchire par le fait que l'autre existe, cet autre vers qui monte sa demande, un tel mouvement implique un oui à l'existence et un désir qui part au devant des objets du monde. Si un minimum d'ouverture n'est pas possible le sujet meurt, psychiquement s'entend.

Il se retrouve avec ses objets en lui.

Auto-érotisme diraient les freudiens. Nous n'oublierons pas que la psychiatrie du siècle dernier (BLEULER en l'occurrence) ne pouvant accepter comme pertinentes les hypothèses de S. FREUD à propos de l'érotisme, a récupéré le terme dans la nosographie psychiatrique... en l'amputant du signifiant eros.

C'est ainsi qu'est apparu pour la première fois le mot "autisme".

En fait le narcissisme de l'enfant est conquérant : l'énergie pulsionnelle qui nourrit son désir lui accorde des moyens croissants et les objets du monde s'offrent à ses investissements.

La vieillesse, au fur et à mesure qu'elle avance, impose l'amenuisement des ressources énergétiques et l'amenuisement des moyens en même temps que la peau de chagrin objectale retire au sujet les promesses de l'orée.

La tentation de l'enfermement est grande ; non seulement elle protège de la souffrance mais encore, bien souvent, elle permet de sauvegarder un dernier plaisir : celui de regarder, celui de voir... orifice du corps, zone pulsionnelle et lieu de jouissance, l'oeil permet de sauvegarder un peu de ce plaisir qui consiste à voir bouger les choses avant qu'elles en viennent à épouser l'immobilité de la mort.

Nous les avons tous vus regarder sans se lasser avec, quelquefois, cet éclat fugitif où -ne dirait-on pas ?- un sujet subrepticement fait signe au passant que nous sommes ? Dernière fente d'une ouverture : le regard derrière ses paupières mi-closes... avant les temps où le sujet se suffit à lui-même et où il en vient à suspendre tout échange.

C'est GREEN qui dans un très beau livre intitulé "Narcissisme de Vie - Narcissisme de Mort" nous rend attentif au double visage du narcissisme primaire : foetal d'abord, avant la naissance, dans la fusion parasitaire d'un embryon qui n'est pas encore un sujet. Moïque ensuite c'est-à-dire investissant l'image d'un Moi aimé et aimable. Il me semble que le narcissisme primaire fait retour aux ultimes instants de l'existence, quand le sujet se soustrait au temps et quand il se fige, immuable "tel qu'en lui-même l'éternité le change". Suprême triomphe du Narcissisme : n'est-ce pas ainsi qu'il échappe à la mort même ?

La beauté elle-même, intégrée à l'existence et soumise à la Loi du temps, est destinée à disparaître. Ainsi intégrée à la dialectique existentielle elle est le terme vivant de l'existence. Ca veut dire qu'elle va disparaître.

Considérée comme éternelle (par conséquent soustraite à la Loi du temps) elle est une entité, une abstraction, un leurre... Ce leurre en fait, tragiquement, une figure de la mort même car non soumise au temps elle est soustraite à la vie. Les poètes ont eu quelquefois l'étrange intuition de ce paradoxe.

Ainsi BAUDELAIRE écrivant dans les Fleurs du Mal :

"Je suis belle à mortels, comme un rêve de pierre,
Et mon sein où chacun s'est meurtri tour à tour
Est fait pour inspirer au poète un amour
Eternel et muet, ainsi que la matière".

Or qu'est-ce que la matière ? C'est le cadavre.

Il représente métonymiquement le Réel et la mort même.

Et cela, justement, échappe à tout regard.

C'est bien pourquoi, cela échappe à toute théorie scientifique.

Car nous n'oublierons pas que l'éthymologie lointaine de théorie (théoréin) c'est observer, regarder, spéculer, contempler, voir.

L'EFFONDREMENT DE L'IMAGE

Y. KOSSOVSKY - P. MAGDINIER

I. D'ADHEMAR - H. RITZ

L'EFFONDREMENT DE L'IMAGE *

1ère Partie : Y. KOSSOVSKY

Notre pratique clinique en Gériatrie, de Psychiatre et de Psychologue Clinicien, nous montre combien le corps réel et son image sont présents dans la relation à nos patients.

A travers trois histoires cliniques récentes, nous avons voulu montrer que des problématiques très différentes trouvaient à s'exprimer par le biais des avatars de cette image du corps.

OBSERVATION de Madame M.

Je vais décrire ici un aspect partiel de l'observation d'une femme née en 1911, qui a été suivie dans un service de Psychiatrie depuis 1963, son mari et son fils ne la supportant plus.

Elle présentait alors des éléments délirants, en rapport avec une situation de préjudice réel (son mari la trompait ouvertement), avec des phases de régression très importantes, après un passé bien médicalisé d'épisodes d'hystérie de conversion... ce qui a fait que, de 1963 à 1987, aucun diagnostic n'a pu être porté avec certitude.

* Travail du Service du Docteur Marc MEGARD
Centre de Gériatrie de Cuire
14, rue Pasteur 69300 Caluire.

Au début de son hospitalisation, les tentatives de la faire sortir se sont soldées par des échecs, la patiente présentant, soit une rechute délirante à thèmes mystiques et persécutoires - avec, rappelons-le, un préjudice réel - soit dépressive, soit confuse et régressive, d'allure de plus en plus démentielle... Mais ces périodes étaient entrecoupées de moments de grande lucidité où elle se plaignait de l'abandon familial, surtout lors des phases dépressives, et d'épisodes de conversion, parfois impressionnants. L'abandon familial était en rapport, dans ses associations, avec la mort de son père à la guerre de 14, le fait que sa mère l'ait placée à plusieurs reprises, le décès de celle-ci au début des années 60... ces thèmes reviennent sans cesse lors de ses périodes dépressives.

Au début des années 80, les périodes dépressives alternent avec celles de régression pseudo-démentielle, surtout lorsqu'il est question d'un placement en maison de retraite.

Elle présente un nouveau symptôme : des chutes, qui sont très fréquents pendant certaines périodes, mais disparaissent lors d'autres moments, en particulier lorsque, après de fortes pressions des médecins du service, le mari, ou le fils, acceptent de lui rendre visite.

Elle décompense alors une insuffisance cardiaque, qui récupère très bien sous traitement digitalique... Parallèlement, l'équipe, qui l'investit toujours beaucoup, remarque une nette amélioration, lors de soins esthétiques : rouge à lèvres, maquillage, nouveau dentier, etc... Elle se présente alors parfois comme une charmante vieille dame à l'humeur caustique, un peu grinçante... se plaignant de la rareté des visites de son mari et de son fils, puis phases dépressives, chutes... On note aussi une aggravation des troubles lorsqu'une femme âgée est admise dans le service...

Les visites de son fils, toujours très rares, sont,

à chaque fois bénéfiques... elle s'exprime parfois de manière parfaitement lucide, de façon très concernée et concernante. Elle a une relation très intense avec la psychologue du service qu'elle considère un peu comme une fille, et qui écrit pour faire venir son fils après que se soient écoulés plusieurs mois sans que ce dernier ne lui ait rendu visite...

Durant l'hiver 86-87, la mort de son mari se traduit pour elle par des visites plus nombreuses de sa famille, dont elle se trouve ravie. Son fils s'engage à venir plus souvent et le fait pendant six mois.

En octobre 1987, elle doit être hospitalisée en service de Médecine une dizaine de jours, pour une nouvelle décompensation d'insuffisance cardiaque, et il semble qu'elle se soit sentie très proche de mourir. Elle récupère bien sur le plan cardiaque.

A son retour dans le service, elle entre dans une nouvelle phase dépressive, refuse de s'alimenter... les lettres et coups de téléphone à son fils se heurtent à un refus explicite de venir la voir.

En deux semaines, elle développe de nombreuses escarres qui s'étendent malgré d'importants soins locaux, et meurt.

Cette observation nous semble mettre en relief dans cette pathologie narcissique grave, l'impossibilité pour la patiente de vivre une séparation. Celle-ci est vécue comme un abandon, et immédiatement somatisée, soit comme conversion... qui est allée jusqu'au coma hystérique, comme des chutes, ou un tableau pseudo-démontiel... l'effondrement somatique la protégeant contre l'abandon.

Il semble que ce soit à l'occasion d'une atteinte somatique réelle où elle s'est vue mourir, et surtout d'une situation d'abandon réel de son fils qui n'était pas venu la voir depuis près de six mois et refusait de revenir, qu'elle se soit alors réellement laissée mourir.

OBSERVATION de Mme F.

Aînée d'une fratrie de sept, Mme F. âgée de 85 ans, m'est présentée pour un "syndrome dépressif".

Placée en Long Séjour, elle fait de moins en moins d'efforts pour se déplacer, réclame beaucoup d'aides qu'elle semble toujours trouver inappropriées. Elle se plaint de douleurs erratiques, a abandonné la lecture depuis au moins deux ans.

Son état somatique est bon, hormis les séquelles d'une fracture du col du fémur, qui fait qu'elle doit se déplacer avec un cadre de marche, mais elle majore, semble-t-il, ses difficultés motrices.

Lors des premiers entretiens, elle se montre désagréablement surprise que je sois psychiatre. "Je ne suis pas folle, j'ai toute ma tête. Ce sont mes jambes". Néanmoins, elle me parle volontiers de sa vie, de sa détresse actuelle.

Elle se plaint souvent de son père, tonnelier dans le Beaujolais, alcoolique, qui ne l'a pas autorisée à continuer l'école - -malgré l'insistance de l'institutrice- et a, dit-elle, "mangé tout son bien". Sa mère est décrite comme une sainte, mais semble avoir été dépressive, au point que la patiente ait dû très vite assurer une partie des tâches ménagères et de l'éducation des plus jeunes enfants ; surtout après le décès de sa mère lorsqu'elle avait une douzaine d'années.

Son histoire semble aussi marquée par des pertes, après celle de sa mère, puis de toute possibilité de réaliser son idéal de devenir elle-même institutrice. Cette récrimination sera fréquente à l'égard de son père.

La patiente s'est installée à Lyon peu après son mariage avec un homme alcoolique. Elle a, à partir de ce moment, eu peu de relations avec ses frères et soeurs, non qu'ils soient fâchés, mais ils "se voient peu", ce qu'elle rationalise de manière un peu agressive ; "Nous ne sommes pas du genre à être fourrés toujours les uns chez les autres", mais témoigne d'une souffrance manifeste : "On est vraiment une famille bizarre !".

Son mari décède quelques années après le mariage, sans qu'elle ait eu d'enfants. Elle travaille alors dans la confection, métier qu'elle investit beaucoup : "Je n'étais pas faindante", elle faisait beaucoup d'heures supplémentaires, mais m'assure qu'elle ne se plaignait jamais de son travail. Toujours très occupée, elle "ne marchait pas, elle courait", me répète-t-elle souvent, interrompant son récit pour se plaindre de ses difficultés motrices : "Je n'aurais jamais pensé que ce soit si affreux de vieillir, je ne peux plus marcher".

Pendant la guerre, une de ses soeurs, mariée, abandonne sa famille ; elle assure la garde de ses deux enfants. Elle se remarie à cette période. Elle restera très attachée à un de ces deux enfants dont la mère reprendra la garde après la guerre.

Son deuxième mari, alcoolique, avare, possédait une boutique qu'il a vite laissée à l'abandon, ne la louant même pas, vivait de ses rentes. Elle a continué à travailler. Il semble que ça ait été son principal investissement. Elle n'a pas eu d'enfants de ce deuxième mariage, et son mari décède après quelques années de vie commune.

Au fil des entretiens, un par semaine, elle m'apprend qu'au printemps, le neveu auquel elle était si attachée est mort. Sa famille, qui vient souvent la voir, ne l'a pas mise au courant, et c'est en insistant pour avoir de ses nouvelles qu'elle a appris ce décès, six mois après qu'il soit survenu.

Dans l'établissement depuis deux ans, c'est son deuxième épisode dépressif, le premier ayant suivi l'intervention sur sa hanche.

Ce qu'elle met en avant, c'est l'atteinte de son corps. Elle courait ; maintenant, ses jambes l'abandonnent. Elle travaillait tant et de bon coeur ; maintenant, même tricoter la fatigue. Elle aimait lire ; maintenant que sa vue est si basse, c'est impossible... ceci dans un vécu dramatique ; elle pleure, dit que si elle n'était pas croyante, elle se suiciderait.

Peu à peu, elle montre combien elle est sensible à mes visites régulières, et m'exprime son attachement, ainsi qu'à l'équipe. Les entretiens prennent un aspect plus psychothérapeutique, l'accent étant mis sur sa difficulté à accepter son vieillissement, la valeur de refus du désinvestissement de la lecture, et surtout son vécu abandonnique et ce deuil, qu'elle déniait jusqu'à présent.

L'évolution de la patiente est alors paradoxale ; d'un côté, une nette amélioration avec reprise de la lecture, suivant mon conseil intimé, mais par contre des crises de pleurs et de colère, les matins surtout, avec astasie-abasie, crises qualifiées d'hystériques par les équipes qui la supportent de plus en plus mal, d'autant qu'elle met en avant ma gentillesse, mon dévouement alors qu'elle bénéficie d'une attention considérable du personnel.

Je propose alors un entretien groupal, avec la patiente et l'équipe ; au lieu d'aller dans sa chambre, je lui demande de venir dans la salle de télévision que nous occupons à ce moment.

Le parcours est dramatique, mais elle marche bien avec son cadre, tout en se plaignant bruyamment. Durant l'entretien, elle exprime sa "honte" (dixit) et sa satisfaction de voir que tout le monde

s'intéresse à elle. Elle signale alors un rectocèle dont elle n'avait parlé qu'à une aide-soignante, sa crainte qu'on lui "mette un anus artificiel" qu'elle se représente comme une "sorte de tube", son vécu d'abandon et de solitude.

Son comportement semble s'être amélioré depuis cette séance, d'autant qu'un geste local est envisagé pour ce rectocèle.

Il apparaît ainsi que les plaintes considérables concernant ses déboires physiques, cette atteinte de son intégrité corporelle avec l'impotence fonctionnelle majorée, la perte douloureusement ressentie de son activité professionnelle, prennent l'allure d'un effondrement de l'image de son corps, recouvrant, à l'occasion d'un deuil qui n'avait pu se dire, un vécu abandonnique qui le pouvait encore moins. C'est le rectocèle, réalisant une véritable persécution interne avec des défécations douloureuses, reprise métaphorique sans doute de la dissimulation de la mort du neveu par la famille qui a provoqué la décompensation dépressive, s'exprimant surtout sur ses jambes.

C'est à travers une relation transférentielle qu'elle a pu exprimer son sentiment abandonnique ; sur moi qui pouvait être une figure réparatrice, en l'enjoignant de lire, et en la mettant en situation d'exprimer sa plainte à l'équipe, réparatrice alors de la carence familiale, mais pouvant alors l'être aussi de cette partie intime de son corps réel, préparant un deuil possible de sa fonction motrice.

On voit ici la valeur défensive de l'effondrement de l'image du corps ; elle met en avant la fonction motrice... et ne parle pas de son anus qui lui fait fantasmer un appareil - le tube - évoquant un viol sadique... cette persécution n'est-elle pas encore un moyen d'éviter de considérer la situation d'abandon de la famille qui vient la voir si peu souvent et lui a dissimulé la mort de ce neveu, si cher, et qui, lui, venait plus souvent.

Note :

En réponse à une question du Docteur VIGNAT sur l'observation de Madame F. : j'ai eu l'intention de la voir avec l'équipe en situation de "gestion groupale" comme le décrit Pierre DUBOR, dans le but de renforcer une relation d'étayage entre la patiente et l'équipe.

L'étayage doit être compris ici comme permettant une reprise dans le champ de la pensée et de la parole de ce qui se vit dans le corps ; l'image du corps, mais aussi le corps réel, se trouvent étayés par le groupe (nous référons aux travaux de René KAES).

2ème Partie : P. MAGDINIER

"Ce qui se reflète dans le langage, le langage ne peut le représenter".

Ludwig WITTGENSTEIN

Yves KOSSOVSKY vient d'évoquer deux exemples cliniques d'effondrements majeurs.

Permettez-moi de vous présenter une autre variété d'effondrement, moins invalidante celle-ci...

LA BELLE BOUCHERE

- "Vous avez besoin de moi ?"

Ainsi m'accueille la belle bouchère, après que je lui aie exprimé mon désir de la rencontrer.

Tout de suite, dès cette entrée en matière qui semble inverser les rôles, la vérité de l'hystérie.

Moi ? besoin d'elle ? Alors que je suis dans mes fonctions ? Alors que c'est elle qui devrait... Passons !

Peut-être, d'ailleurs, n'a-t-elle pas complètement tort ! Et si c'était moi qui avais besoin d'elle pour cette communication ?

Mais entrons dans le vif du sujet.

Il s'agit d'une femme de 80 ans, ancienne bouchère, veuve depuis cinq ans, connue et appréciée dans le quartier. Elle a eu deux filles :

- l'aînée, pâtissière, a eu plusieurs enfants qui, tous, continuent la lignée, en s'illustrant dans les métiers de la bouche,

- la seconde, professeur, a eu des enfants qui, par leur côté intellectuel (l'une a fait "Sciences-Po", "la science du pot" comme elle dit plaisamment), touchent à cette société qui était celle des grandes maisons bourgeoises à l'ombre desquelles elle a elle-même grandi.

Elle a été élevée par sa grand mère maternelle entre deux châteaux, et a toujours vécu au contact de la domesticité de ces grandes maisons.

Au physique, elle est toute courbée en avant (cyphose sénile de Schmörl avancée), avec un long nez pointu, lui donnant un peu l'allure d'une sorcière, mais d'une sorcière de charme... Elle est habillée avec un souci de recherche et de distinction. Elle porte un foulard autour du cou et dans les cheveux. Un sociologue dirait qu'elle a "pris le costume du maître". Elle en a également pris la langue. Elle parle avec distinction.

Elle est entrée au Centre de Gériatrie de Cuire pour "une convalescence de chute".

Elle est tombée dans les escaliers. Il en a résulté un simple hématome au front;

Un bilan de chute, fait à l'Hôpital St Joseph, s'est avéré négatif. Cependant, depuis cet épisode, elle présente une forte appréhension de tomber.

Elle se plaint de déficits mnésiques ainsi que d'une perte de rôle.

Elle évoque beaucoup une blessure narcissique importante avec perte de toute séduction. Elle est déprimée.

Voilà pour les présentations.

En somme, l'évènement qui a précipité l'effondrement, et la crainte de l'effondrement pour parler comme WINNICOTT, c'est la chute.

Je dois dire que j'ai tout de suite été intrigué par la pureté clinique de cette observation dans laquelle c'est moins un symptôme qui a déclenché l'effondrement de l'image de soi qu'un évènement : la chute.

J'insiste sur un point : il ne s'agit pas du tout d'une chute par malaise, mais d'une chute liée à une "simple maladresse" (cf. l'observation), les explorations faites à l'hôpital étant tout à fait normales.

Maladresse ? Y aurait-il là quelque mauvaise adresse ?

Et si cette chute avait valeur d'acte manqué ?

Et si cette convalescence de chute était l'occasion de parler de ce qui, brusquement, s'est entr'ouvert dans cet instant de maladresse où l'être bascule ?

Mais avant d'aller plus loin avec la belle bouchère, je vais situer sa chute entre deux autres histoires de chute :

- la première m'est fournie par une pub récente, signée KOKAI,

- la seconde, par un conte ancien, signé GRIMM.

La Pub KOKAI d'abord

En noir et blanc, et sur le mode de l'hypnose, (nous sommes au cinéma), le film nous entraîne en trois brèves séquences dans le sillage d'une belle femme boudeuse :

- 1ère séquence :

La jeune femme traverse l'écran de gauche à droite avec cette phrase :

"Je vous interdis d'être plus belle que moi"

- C'est la mise en rivalité.

- 2ème séquence :

La jeune femme traverse à nouveau l'écran avec cette phrase répétitive :

"Je suis belle, je suis belle, je suis belle".

Mais sur le troisième : "je suis belle", voilà qu'elle trébuche. Va-t-elle tomber ? - Non. La chute, à peine esquissée, est aussitôt compensée.

- L'effondrement de l'image, soudain entrevue, n'a pas eu lieu. Maladresse feinte.

- 3ème séquence :

Dernière apparition de la jeune femme boudeuse avec cette simple phrase :

"Tous les garçons tombent comme des mouches".

- C'est le triomphe. Nous sommes passés de la rivalité (séquence 1) au triomphe (séquence 3).

(A noter que ce sont les hommes qui, là, tombent. La chute est celle des autres).

GRIMM ensuite

Je vous invite maintenant à suivre l'itinéraire de la reine-mère, de la marâtre de Blanche-Neige. C'est l'itinéraire opposé, qui va de la rivalité à l'effondrement...

Interrogé par la reine :

"Miroir, dis-moi ici, franchement, qui est la plus belle en ce moment ?"

Le miroir commence par répondre :

"C'est vous la plus belle en ce moment !".

Et puis, la reine commence à être inquiétée par Blanche-Neige, 7 ans, "belle comme le jour", "plus belle que la reine elle-même", dit le conte.

En proie à une anxieuse jalousie, elle interroge à nouveau le miroir magique. Et celui-ci répond :

"C'est vous la plus belle ici, dans ce moment, mais Blanche-Neige l'est bien autrement..."

Réponse faussement byzantine qui met en branle les tentatives de se débarrasser de la rivale, l'échec de ces tentatives, et finalement, l'effondrement de la reine-mère qui mourra consummée...

Mais revenons à l'exemple clinique de la belle bouchère dont l'itinéraire s'inscrit entre le triomphe imaginaire de la femme KOKAI et l'effondrement réel de la reine-mère.

C'est l'histoire d'une vraie chute, non compensée celle-ci, qui mérite qu'on s'attarde un peu sur la question :

"Qu'est-ce qui a chuté, alors même que le bilan de chute s'est avéré négatif ?"

La réponse à cette question, la belle bouchère a pu l'aborder au fil de quelques entretiens thérapeutiques dont je retracerai les temps forts :

La chute d'abord

- La première chose que je note est que cette chute est une rencontre dans le heurt avec le réel.

C'est le visage qui a porté contre les marches de pierre.

Il aura fallu cette chute, et cette hospitalisation, pour que quelque chose se passe, qui ne se résume pas à la chute et à l'hématome qui en a résulté.

Le bilan de chute, négatif, n'épuise pas la question...

La deuxième chose que je note est que, d'une séance à l'autre, dans la tradition des contes oraux, le récit initial de la chute fait l'objet de toute une série de transformations. J'en relève un certain nombre :

1ère version

"J'étais pressée... On m'attendait... Je suis tombée comme un gosse qui court... L'agitation... Le manque de réflexion".

2ème version

"Je courais dans l'escalier, j'allais relever ma boîte aux lettres".

3ème version

"Je courais. Peut-être que j'allais prendre un café au bistrot voisin. Vous savez, je suis très populaire, connue et appréciée de tout le monde ici".

4ème version

"Si je suis tombée, c'est à cause de ça. Je suis descendue avec rapidité. Je donne des coups de main. Je balaie l'entrée. Je "fais mon allée".

Quatre versions pour un acte aussi bref qu'une chute, ce n'est pas mal. Cela laisse à penser... Il y a là comme la représentation allégorique d'un traumatisme.

Ces transformations ne sont-elles pas celles que le psychisme fait subir à un matériau brut, non assimilable ?"

N'est-ce pas le signe de la reprise par l'activité fantasmatique d'un irreprésentable ?

Une constante à toutes ces versions : le fait de courir, la rapidité, l'action, ... toutes choses qui sont plutôt la marque de la jeunesse...

La jeunesse

C'est bien cela que cette "jeune femme de 80 ans" mime dans sa relation avec moi, cela qu'elle met en scène ouvertement, et qui d'ailleurs a son petit effet... Ce foulard dans les cheveux, ce langage alerte, ce geste vif, cette séduction...

C'est bien cela qui a conduit mes associations de la jeune reine KOKAI à la reine-mère du conte...

J'ai gardé, pour la bonne bouche, une enième et dernière version du récit de la chute. D'ailleurs, est-ce vraiment une nouvelle version ? N'est-ce pas plutôt ce que les autres versions avaient pour tâche de refouler ?

La voici :

"Je me croyais jeune, et j'ai heurté une marche avec mes chaussures, et crac ! je suis tombée, et ça m'a remué tout le corps. Depuis, la force m'a quittée... Je suis comme anémiée".

Ainsi évoque-t-elle la perte d'une croyance, je dis bien la perte d'une croyance et non la perte de sa jeunesse et de sa séduction, dont tout montre en fait qu'elle continue à en jouer. Et c'est tant mieux.

Mais elle peut, désormais, évoquer l'image qui s'est effondrée :

"J'étais celle qui aimait paraître" dit-elle un peu plus tard, et : "On ne se voit pas vieillir".

Elle dit encore :

"Et puis, les médecins se sont emparés de moi...". Les médecins, et ajouterais-je, les psychologues : encore quelques-uns à séduire...

Au fond, que s'est-il passé ?

A l'occasion d'une chute par maladresse - (dont le sens est apparu comme étant la contraction de ce qui n'est désormais plus possible comme avant : courir, être attendue par quelqu'un, être dans le feu du désir), le couvercle de la marmite s'est entr'ouvert ; quelque chose a pu se passer qui se résume en la perte d'une illusion, illusion d'être toujours jeune. La voilà peut-être la mauvaise adresse ! et le couvercle s'est refermé.

La belle bouchère est retournée chez elle

- ni triomphante, comme la jeune reine KOKAI dont la chute ne peut être que feinte...

- ni complètement effondrée, comme la reine-mère du conte dont la chute équivaut à la déchéance...

La belle bouchère est retournée chez elle, ayant perdu une illusion, mais ayant retrouvé sa capacité à séduire...

CONCLUSIONS

L'effondrement de l'image ?

Ce beau titre au singulier cache en réalité des processus qui sont pluriels. Il serait plus juste de dire :

des images s'effondrent.

A partir de trois exemples cliniques, nous avons voulu montrer trois effondrements différents de l'image de soi, que l'on peut situer sur un continuum allant d'un versant du narcissisme à l'autre,

d'un moins à un plus, d'un désinvestissement de soi-même qui conduit à la mort, à un investissement affectif de soi-même qui appelle l'amour des autres.

Le 1er cas, celui de Mme M., c'est l'effondrement réel, lorsque derrière l'image qui s'effrite, il n'y a plus rien que le néant. Abandonnée par son fils, Mme M. s'abandonne à la mort.

Le 2ème cas, celui de Mme F., c'est la perte, voire l'amputation d'une partie du corps, perte et amputation étant à considérer comme des prototypes archaïques du refoulement.

Enfin, le 3ème cas, c'est le deuil d'une illusion, de l'image d'un état aimé du corps, deuil de l'état d'Eden, de l'état de la jeunesse qui est toujours perdue ou à perdre... C'est le cas de la belle bouchère, histoire d'un refoulement réussi, et de l'usage de l'hystérie pour s'en remettre.

*LE TOUCHER INFIRMIER
EN GERONTOPSYCHIATRIE*

P. DELADOEUILLE

**A PROPOS DU TOUCHER INFIRMIER EN GERIATRIE
ou OSER LA TENDRESSE**

P. DELADOEUILLE *

INTRODUCTION

"J'ai été très touché des bons soins que vous avez prodigués à ma mère", m'écrivait un homme de 40 ans dont la mère avait été hospitalisée dans le service de Long Séjour où je travaillais comme aide-soignant... et il avait rajouté : "elle était très attachée à vous". Ces mots d'un homme de mon âge m'avaient renvoyé à tout le travail de nursing que j'effectuais alors vis à vis d'une femme qui aurait pu être ma mère. Ces mots m'avaient rappelé, par là-même, l'importance du "toucher" dans ma vie professionnelle et par ricochet dans ma vie personnelle.

Tout naturellement, lors de mes divers stages, pendant mes études d'infirmier de secteur psychiatrique, j'ai été très attentif au poids de ce toucher dans la relation soignant-soigné, plus particulièrement dans les services qui accueillent des vieillards malades.

J'ai ainsi pu constater que soigner un vieillard malade comprend un temps considérable où le corps du patient est touché de multiples manières par le soignant. Je crois qu'à travers ces gestes quotidiens, des choses importantes, non dites, se jouent tant pour le malade que pour le soignant.

* Infirmier de secteur psychiatrique - LYON

C'est pourquoi, à partir d'expériences vécues, mais aussi à partir de différentes lectures, je vais essayer d'analyser et d'approfondir un peu le sens de ce toucher infirmier auprès du vieillard malade. Je tenterai enfin de faire quelques propositions susceptibles d'améliorer la qualité du geste infirmier.

QUELQUES PHRASES DE SOIGNANTS

Tout d'abord, je citerai simplement quelques phrases de soignants que j'ai recueillies sur un carnet de route durant ma carrière et mes stages en gériatrie.

- "Chaque fois que je partais, elle me tenait serrée".
- "Il est mort dans mes bras. Il appelais sa femme, il s'accrochait à moi".
- "Elle ressemblait à ma grand mère, j'aimais bien m'occuper d'elle".
- "Laver une grand mère, ça me dégoûte".
- "Son bras s'est tendu vers moi, je me suis approché de lui".
- "Je lui essuyais le front plein de sueur, je lui tenais la main".
- "Joie de son regard quand j'ai eu fini de le laver, de le peigner".
- "Je m'étais attachée à lui. Il me tenait la main, ça l'encourageait".

- "Chaque fois que je rentrais dans ma chambre je lui tenais simplement la main... elle se calmait".
- "Elle me serrait très fort, la vie que j'avais, elle la voulait pour elle".
- "Je lui pris la main pour prendre son pouls. Elle me dit : voilà mon moment de tendresse".

TROIS EXPERIENCES SIGNIFICATIVES

- La première expérience que je raconte ici se passe dans un service de gérontopsychiatrie.

Monsieur X, 82 ans, était très agité, attaché sur son lit et, dès la fin de la relève, Madame A, infirmière, m'invite en bougonnant à l'aider pour l'aider pour le change de Monsieur X. Nous l'avons détaché, maintenu, nettoyé, frictionné pendant qu'il s'agrippait, criait, nous invectivait... Nous l'avons rattaché et nous l'avons quitté, propre, mais tout aussi agité qu'avant.

Le lendemain à 14 h Monsieur X était toujours là, attaché sur son lit. Ce n'était plus la même infirmière, mais Madame B, qui revenant de repos, avait pris avec attention des nouvelles de Monsieur X pendant la relève. Avant d'aller le changer, elle m'a parlé de cet homme qui était depuis plusieurs mois dans le service à cause de métastases cérébrales probables. Depuis quelque temps, il s'était dégradé et avait des passages de désorientation de plus en plus fréquents. C'était un homme qui avait été facteur et qui, pendant sa retraite, avait rendu beaucoup de menus services aux uns et aux autres dans son village. Madame B en avait eu le témoignage par des amis venus le visiter... Madame B s'est alors approchée de Monsieur X en lui parlant

doucement, lui détachant une main, d'abord, qu'elle a tenue longuement en la massant et en continuant de lui parler. Elle m'a invité à faire de même. Puis j'ai tourné Monsieur X vers moi pendant qu'elle le mettait au propre et lui faisait une friction sur tout le corps à mains nues avec "l'eau de cologne qu'il aimait bien". Monsieur X s'était calmé petit à petit et j'ai eu l'impression qu'il avait bien reconnu Madame B. Après lui avoir dit qu'elle l'attachait pour qu'il ne tombe pas, elle lui a passé tout doucement la main dans les cheveux et lui a dit qu'elle viendrait le voir un peu plus tard. Monsieur X a souri et peu de temps après, quand nous sommes repassés devant son lit, il s'était endormi.

- La deuxième expérience, se situe dans un service d'urgence médicale. Madame M était hospitalisée depuis près d'une semaine : elle avait environ 70 ans. Elle était intubée, sous "machine" avec un monitoring et sous perfusion. Elle réagissait aux ordres simples ainsi qu'au toucher lorsqu'on la changeait par exemple. C'était l'heure des visites. Son mari était venu la voir et il était là debout devant le lit où reposait sa femme. Il paraissait complètement paralysé en regardant fonctionner la perfusion ainsi que tous les appareils à l'entour. J'ai été alors frappé par cet homme qui avait passé de longues années d'intimité avec cette femme et qui, ce jour-là, ne trouvait aucun geste, ni aucune parole pour entrer en contact avec elle alors même qu'elle souffrait. Je me suis approché de lui. Je lui ai expliqué les appareils, la perfusion, en lui disant qu'il n'y avait aucun inconvénient pour qu'il tienne la main de sa femme. Je lui ai apporté un paquet de compresses et je lui ai demandé de faire un geste tout simple pour soulager sa femme : prendre une compresse, l'humecter avec un peu d'eau et lui passer sur le visage et sur les lèvres. Une demi-heure après, je repassais devant la chambre ; le paquet de compresses avait diminué de moitié et Monsieur M continuait d'éponger, de toucher le visage de sa femme... Il m'a regardé, et, comme un remerciement "C'est vrai, ça lui fait du bien, elle a le visage beaucoup plus reposé" me dit-il en lui caressant la main. J'étais heureux d'avoir permis à deux êtres qui s'aimaient de pouvoir se le manifester.

- La troisième expérience a lieu la nuit en gérontopsychiatrie.

Un soir, je prenais mon travail avec une infirmière, Madame D, qui avait veillé seule la nuit d'avant. Elle était toute bouleversée car la nuit avait été rude : vers 23 h 30, Monsieur G un malade de 81 ans, arrivé depuis peu de temps dans le service, était mort dans ses bras, suite à une hémorragie digestive très impressionnante. Elle me raconte : "il était très angoissé et il s'agrippait après moi. Je n'arrivais même pas à le mettre sur le côté pour qu'il ne se vomisse pas dans les bronches... j'étais toute désespérée, je ne savais que faire... j'ai appelé l'interne de garde et puis je suis restée auprès de lui en lui tenant la main. Quand l'interne est arrivé, c'était trop tard... j'ai eu l'impression d'être complètement inefficace, d'être bien peu de chose... La nuit elle-même me faisait peur. J'ai été rassurée par la présence d'un infirmier venu en renfort pour m'aider à faire la dernière toilette de Monsieur G". Nous avons continué ensemble notre travail, les petites choses de la nuit... les petites choses de la vie... et nos gestes quotidiens ont paru résonner de ce qui s'était passé la veille.

Le lendemain soir, avant de partir au travail, ma petite fille de deux ans, Mélanie, ne voulait pas s'endormir. Elle pleurait et réclamait son papa. Je suis resté un moment à veiller auprès d'elle et elle m'a tendu sa petite main pour que je la tienne... Elle s'est alors endormie tranquillement.

En tenant dans ma main la main de ma petite Mélanie, j'ai repensé à Madame D qui, la nuit d'avant, avait tenu la main de Monsieur G. Ce qu'elle avait fait pour Monsieur G, et pour elle-même d'ailleurs, me paraissait tout à coup essentiel alors que, la veille, Madame D se considérait comme "complètement inefficace...". En effet, à travers la main qu'elle tenait, je me disais qu'elle avait assuré une présence humaine qui rejoignait très loin toutes les mains qui avaient approché, tenu, caressé Monsieur G. C'était peut-être en sentant tout cela que Monsieur G "s'agrippait" tant à cette main et qu'elle lui avait permis, comme pour Mélanie, de "s'endormir plus tranquillement"...

ESSAI D'ANALYSE : LE SENS DU TOUCHER INFIRMIER

Tous ces faits, tous ces évènements vécus dans le cadre des soins aux vieillards manifestent clairement que le toucher prend une place prépondérante dans le travail quotidien de l'infirmier. Il nous faut rechercher maintenant en quoi ce même toucher est une dimension essentielle de la relation soignant-soigné.

Le toucher, fonction capitale pour le corps :

Cela nous renvoie inévitablement à la genèse même de cette fonction capitale dans la formation du corps d'un homme et de l'image corporelle qui en découle. Il est intéressant de voir chez l'embryon la peau se former, dès les premières semaines de la vie, à partir de l'ectoderme qui va être en même temps à l'origine du cerveau.

Cette peau "apparaît chez l'embryon avant les autres systèmes sensoriels en vertu de la loi biologique selon laquelle plus une fonction est précoce, plus elle a de chances d'être fondamentale. Elle comporte une grande densité de récepteurs" (1).

Tout le monde aujourd'hui reconnaît combien il est vital pour le nourrisson et le jeune enfant d'être touché, porté, caressé, cajolé.

Le corps déprécié chez le vieillard :

Le corps pour l'adolescent comme pour l'adulte prend de plus en plus d'importance mais le corps du vieillard fait peur. On en parle peu, on le montre peu : "Dans la récupération excessive que l'on fait du corps depuis quelques années, celui du vieillard demeure absent (2)".

(1) Didier ANZIEU "LE MOI PEAU" ed. DUNOD Paris 1986 - page 13.

(2) I. SIMEONE et G. ABRAHAM "Introduction à la psychogériatrie"

Villeurbanne 1984 - page 21.

Le vieillard lui-même a tendance à parler de son corps comme d'un étranger, pire peut-être comme une juxtaposition d'organes, de morceaux de lui-même qu'il ne commande plus, qui lui échappent (l'incontinence est sans doute un des signes majeurs de cette dégradation) et qui le font souffrir, qui l'angoissent. "Un décalage très anxiogène existe entre l'image portée en soi, celle que renvoie le miroir et les possibilités d'un corps, souvent ressenti comme morcelé, qui n'obéit pas" (1).

Le toucher et la dévalorisation de l'image corporelle :

Le rôle du toucher n'est sûrement pas étranger à cette dévalorisation de l'image de soi car "toucher les autres et avoir des activités physiques sont deux choses importantes dans le développement et le maintien du schéma corporel" (2).

Il est vrai que bien des vieillards depuis de nombreuses années se retrouvent "sans personne à toucher et sans personne qui veuille les toucher" (2).

C'est peut-être en partie pour cela qu'ils sont si attachés à leur animal de compagnie. Leur appétit d'être touché est grand même s'il est parfois maladroit : les exemples d'agrippement, de recherche d'un appui humain pour marcher, la façon qu'ils ont de vous prendre la main, de la maintenir, de la caresser, rejoint sans doute leur désir d'être reconnu et de se reconnaître eux-mêmes comme unifié dans leur corps au-delà de sa dégradation apparente ou même réelle.

(1) C. MEMIN "Projet de vie avec les personnes âgées en Institution"
Paris 1984 - page 20.

(2) "Les comportements humains, concepts et applications aux soins infirmiers" sous la direction de Carolyn CARLSON et Betty BLACKWELL ed. Le Centurion - Paris 1982 - page 56.

Autour du lit, le toucher infirmier :

Quand la déchéance et la souffrance sont trop grandes, le lit est peut-être un endroit privilégié où le patient tente de "se rassembler" : "Le corps au chaud est la dernière réassurance, même s'il est corps de souffrance... Ce repliement du vieillard sur ces dernières lignes de défense est autant de conséquence que cause du ratatinement de son champ de conscience et d'activité" (1).

Tout cela nous renvoie à tout ce qui se passe autour du lit du patient, la nuit, au lever le matin et plus généralement à la façon dont le soignant appréhende ce corps meurtri et risque, en voulant le soigner, de traumatiser profondément un malade en train de se protéger contre toutes les attaques venues de l'extérieur comme de l'intérieur. Les réactions d'un malade agité en face de gestes infirmiers très différents pour procéder au "change" de son lit et de son corps se situent bien dans ce contexte là... de même que le geste soignant de l'infirmier qui tient la main d'un vieillard moribond.

Images parentales et Angoisse comme sources de
l'ambivalence du toucher infirmier :

"Le contact physique, le geste lui-même, qu'on le sache ou non, qu'on le veuille ou qu'on le refuse, est porteur de relation. La personne assurant les soins du corps établit avec celui dont elle s'occupe une relation de type maternel dont les partenaires n'ont pas toujours conscience mais qui est réelle" (2). C'est dans ce cadre-là

(1) J. ORMEZZANO "Le grand âge de nos proches" Coll. Réponses
ed. R. LAFFONT - Paris 1985 - page 182.

(2) Christiane JOMAIN "Mourir dans la tendresse"
ed. Le Centurion - Paris 1984 - page 166.

qu'il faut voir l'importance de tous les gestes infirmiers, tout en se rappelant que ce "maternage" concerne des hommes et des femmes qui ont l'âge d'être père ou mère du soignant et bien souvent grands parents. De ce fait, le nursing peut-être vécu très différemment selon les soignants : "Tout dépend de ce qui reste de notre dépendance affective, si nous éprouvons au fond de nous, l'insécurité de ne pas nous sentir vraiment adultes (même après cinquante ans) nous restons prisonniers de ce duel parent/enfant" (1).

De notre côté de soignant, le toucher de ces corps souillés, de ces corps meurtris, de ces corps parfois très dégradés nous renvoie à notre propre faiblesse, notre propre fragilité... Nous nous apercevons qu'au fond nous sommes faits de la même pâte qu'eux et dans ce "corps à corps" avec eux, notre avenir nous apparaît comme semblable à leur présent. L'angoisse du malade rejoint notre angoisse. Nous sommes bien du même côté que lui et c'est sans doute pour cela que nous pouvons l'aider ou, au contraire, le mépriser et parfois le rabaisser encore...

En effet "ce corps rendu méconnaissable par la maladie est source d'ambivalence et de sentiments contradictoires chez le soignant (...). Enfin pour compliquer notre ambivalence, la sénescence nous renvoie à nos images parentales et donc à notre rôle filial, à notre obéissance et à notre révolte contre ses instances surmoïques d'un temps révolu et pourtant toujours agissant" (2).

C'est sans doute de ce côté qu'il faut rechercher la cause de toutes nos réactions négatives de soignant.

(1) J. ORMEZZANO op. cit. page 122.

(2) I. SIMEONE et G. ABRAHAM op. cit. page 21.

Ces corps qui se dégradent petit à petit devant nos yeux (et pour certains infirmiers c'est une dégradation qu'ils voient évoluer depuis plus de 20 ans !) sont l'image même de ce que nous risquons de devenir... de ce que nous commençons déjà d'être à travers nos ennuis de santé... et cela nous fait peur, voire même nous panique. C'est sans doute à cette peur, à cette panique ainsi qu'aux mauvaises images parentales, qu'il faut rattacher tous les comportements de soignants irrespectueux, dégoûtés, voire même violents vis-à-vis des personnes âgées. C'est là aussi que s'expliquent toutes les mises à distance par des moyens parfois très professionnels comme les gants, qui recouvrent très vite nos mains à l'approche des vieillards, comme si leur vieillesse était une maladie contagieuse.

La main, outil privilégié du toucher infirmier :

Dans tous les soins aux vieillards, l'outil privilégié, c'est bien la main du soignant. Si en effet la peau est organe du toucher sur toute sa surface et si le malade, lui, est bien touché à travers la peau de tout son corps, pour le soignant, c'est par ses mains essentiellement qu'il atteint le vieillard.

La place de la main dans notre culture est immense, depuis la poignée de main qui permet à la communication de s'établir, en passant par la main qui caresse jusqu'à celle qui frappe. (Le symbole de ralliement utilisé par les jeunes dernièrement était une main "Touche pas à mon pote"). "Organe sensoriel d'une prodigieuse finesse, organe moteur exécuteur fidèle et précis, la main est aussi un incomparable moyen d'expression et de communication" (1).

(1) C. MEMIN op. cit. page 66

La main du soignant qui rejoint celle du veillard ou qui parcourt tout son corps rappelant (la peau a sa mémoire) au sujet malade, tous les contacts heureux ou malheureux qu'il a eu durant toute sa vie avec toutes les mains qui l'ont approché... Aussi n'est-il pas indifférent que cette main, lorsque les soins ne l'exigent pas, puisse être débarrassée de ses gants (à usage unique !) qui lui enlèvent la part la plus importante de communication.

Le toucher pour la famille :

Le rôle du toucher pour la famille du veillard est aussi primordial. En particulier pour le conjoint qui vient voir celui avec qui il a vécu de longues années pendant lesquelles la communication non verbale a été un lien extraordinairement puissant et qui, avec l'hospitalisation, ne peut plus retrouver ce mode de communication. Cela est vrai pour les enfants et les petits enfants : l'image d'une main de veillard liée à la main d'un petit enfant est bien langage de vie universel. Permettre à ce langage de se maintenir au-delà des difficultés de l'hospitalisation est bien une tâche soignante porteuse de vie.

QUELQUES PROPOSITIONS

Que proposer donc pour améliorer la qualité du geste infirmier qui ne cesse de "toucher" des malades âgés.

Amélioration des conditions matérielles et des effectifs :

Un des aspects les plus choquants dans certains services de gériatrie est la promiscuité et parfois même l'insalubrité des locaux.

Chercher à obtenir une amélioration des conditions matérielles d'hospitalisation est une tâche infirmière car cette amélioration est souvent nécessaire pour permettre le respect de la dignité de chacun, en particulier pour les soins infirmiers qui touchent les parties les plus intimes du veillard.

Formation plus spécifique de l'approche
du vieillard :

Mais cette amélioration des effectifs et des conditions matérielles n'est sûrement pas suffisante. Il faut, avant tout, aider les soignants à mieux se connaître soi-même. L'infirmier qui travaille auprès des vieillards doit apprendre à repérer ses propres réactions en face de son propre vieillissement. "De ceux qui ont obtenu le droit légal de toucher le corps des autres combien ont préalablement examiné leurs mobiles ? (...). Combien se sont demandés s'ils n'ont pas choisi leur travail surtout parce que c'est une manière vivable d'exprimer leur brutalité, leur goût de la puissance, leur désir de manipuler les autres, au sens figuré aussi ?" (1).

Un travail de supervision (avec un psychologue ou d'équipe) serait sûrement bénéfique dans ce sens-là.

Une formation plus spécifique de l'approche du vieillard malade, de sa pathologie, semble absolument indispensable y compris l'apprentissage pour mieux tourner, soutenir, porter ces corps tant affaiblis.

Travail avec la famille :

Le soin aux personnes âgées passe nécessairement par le lien avec la famille. C'est bien la famille qui peut nous apprendre à mieux connaître le vieillard (dans ses goûts, ses habitudes, en particulier par rapport à la toilette, à la pudeur, à l'esthétique). De notre côté c'est à nous soignants à permettre à la famille de mieux comprendre ce qui se passe en milieu hospitalier, ainsi que notre rôle de soignant... Permettre à la famille au-delà de l'étrangeté du milieu, au-delà de la pathologie difficilement soutenable (qu'elle soit somatique ou psychique) de trouver le chemin d'une véritable communication avec ceux qu'ils aiment et ce chemin passe inévitablement par le toucher. Avec le tact et la discrétion souhaitée, les soignants devraient aider la famille à trouver les gestes significatifs, tant pour eux que pour le vieillard, de la tendresse qu'ils portent en eux.

(1) Thérèse BERTHERAT - Seuil - Paris 1980

"Courrier du corps" page 77

Trouver la bonne distance :

Mais il faut que le soignant sache à tout moment garder sa place de soignant, il lui faudra trouver la bonne distance entre lui et le vieillard en sachant bien qu'il ne pourra jamais "remplacer la famille". "Cette distance à établir entre la fusion excessive et une relation corporelle vraie apportant des stimuli psychologiques, dépend du soignant et de son engagement face à l'autre dans sa globalité" (1). Là encore, une formation connue devrait permettre à chaque soignant de mieux trouver cette bonne distance avec chaque patient. Cette distance juste à mettre en place n'est pas toujours possible et il faudra savoir parfois "passer la main" à un autre soignant qui pour tel patient saura mieux faire que nous.

La notion d'équipe :

C'est là qu'il faut marquer l'importance d'une équipe de soignants en gériatrie plus peut-être encore qu'ailleurs. La diversité des soignants devra être recherchée pour assurer la communication avec des patients très divers.

Donner un sens au toucher infirmier :

le "vouloir faire-vivre"

Mais ce qui me paraît être le plus important dans la formation d'une équipe de soignants en gériatrie, c'est de permettre à chacun de vérifier ses motivations profondes dans les soins donnés. En effet, la profession d'infirmier est souvent valorisée uniquement par la possible guérison ; or, une dimension non moins essentielle de cette profession n'est-elle pas de permettre aux patients de "vivre jusqu'au bout", y compris lorsque la mort apparaît comme la seule issue. Cette "motivation du vouloir faire vivre", cette volonté à tout prix de "rendre la vie plus vivable" me paraît capitale pour travailler auprès des vieillards. Si cette motivation est remise en valeur au sein de l'équipe médicale et paramédicale les gestes des soignants en seront transformés dans leur qualité humaine.

(1) Charlotte MEMIN op. cit. page 69.

C O N C L U S I O N

Parmi les différents aspects du travail infirmier en gériatrie, tout ce qui se rapporte au toucher dans la relation avec le vieillard malade m'apparaît comme essentiel. Deux qualités me paraissent résumer ce qui permettrait un plus dans le geste infirmier : délicatesse et tendresse.

Tout geste infirmier qui touche un corps malade devrait être accompli avec d'autant plus de délicatesse que ce corps est mutilé ou dégradé.

C'est à cette condition qu'il pourra être véritablement soignant. Enfin tout en sachant maintenir toujours notre place de soignant il nous faudrait savoir, au moins de temps en temps,

OSER LA TENDRESSE.

B I B L I O G R A P H I E

ANZIEU (Didier) : Le Moi Peau, ed. Dunod, Paris 1986, 254 p.

BERTHERAT (Thérèse) : Courrier du corps, ed. Le Seuil, Paris 1980, 194 p.

CARLSON (Carolyne) et BLAKWELL (Betty) : Les comportements humains, concepts et applications aux soins infirmiers, col. Infirmières d'aujourd'hui, ed. Le Centurion, Paris 1982, 470 p.

JOMAIN (Christiane) : Mourir dans la tendresse, ed. Le Centurion, Paris 1984, 204 p.

MEMIN (Charlotte) : Projet de vie avec les personnes âgées en institution, col. Infirmières d'aujourd'hui, ed. Le Centurion, Paris 1984, 126 p.

ORMEZZANO (Jean) : Le grand âge de nos proches, col. "Réponses", ed. Robert Laffont, Paris 1985, 238 p.

SIMEONE (I) et ABRAHAM (G) : Introduction à la psychogériatrie, SIMEP, Lyon-Villeurbanne, Paris 1984, 271 p.

LES CHUTES DES PERSONNES AGEES

PH. SEFFERT

LA CHUTE CHEZ LA PERSONNE AGEE :

UNE APPROCHE PSYCHOLOGIQUE

Ph. SEFFERT *

Je suis heureux que Y. KOSOVSKI et P. MAGDINIER vous aient présenté par ailleurs plusieurs observations cliniques remarquables mettant en scène la chute chez des personnes âgées, car ce dont je m'apprête à vous parler aujourd'hui n'est que le prolongement d'une enquête épidémiologique réalisée cette année pour une thèse intitulée : "Les déterminants psychologiques de la chute chez la personne âgée".

On connaît les risques de la méthode épidémiologique lorsqu'elle s'applique à la recherche en psychiatrie, en particulier la tentation d'une démarche linéaire de type cause à effet bien éloignée de la démarche psychanalytique qui est, je le pense, notre point de ralliement à tous ici présents.

Une approche psychanalytique peut-elle s'enrichir de données épidémiologiques ? Certes pas directement, mais les résultats de notre enquête nous ont inspiré, au Dr VIGNAT qui l'a supervisée et à moi-même, un certain nombre de réflexions et d'hypothèses que permettaient de discuter ou de compléter une pratique psychanalytique ou d'inspiration psychanalytique.

* Psychiatre , Lyon

Mon exposé se développera en trois temps : je vous ferai part tout d'abord des interrogations qui nous ont poussés à entreprendre une recherche quant à d'éventuels déterminants psychologiques de la chute chez la personne âgée puis, brièvement, rappellerai les résultats de cette enquête avant de soumettre à votre discussion nos réflexions et hypothèses.

La chute, donc. Il s'agit certainement d'un des symptômes les plus fréquents chez la personne âgée : on considère dans la littérature qu'une personne sur deux, au-delà de 65 ans, fait tous les ans au moins une chute. Si le pronostic immédiat n'en est pas très péjoratif (à peine 15 % de fractures, plaies ou traumatismes) il n'en va pas de même pour le pronostic à moyen terme puisque, un an après la chute, on retrouve déjà 25 % de décès (quatre fois plus que dans une population témoin) et que près de 50 % des sujets ont une perte d'autonomie suffisante pour être placés en long séjour.

Symptôme fréquent, grave, certes, mais pourquoi aborder la chute sous l'angle psychologique ? Plusieurs raisons nous ont motivés :

- La question de sa définition tout d'abord : pour l'O.M.S., la chute correspond à "tout évènement qui fait tomber le sujet à terre contre sa volonté". La chute, difficile à définir, est immédiatement référée à sa cause supposée, à son histoire, mais surtout cette définition pose une interrogation qui entre de plain-pied dans nos préoccupations, celle de la volonté, du désir, désir de celui qui chute mais aussi désir de celui qui observe la chute et, dans notre enquête, moins de 25 % des chutes, pourtant survenues à l'hôpital, ont fait l'objet d'un véritable bilan étiologique.

- La seconde question est celle de l'itération de la chute : le Pr AIMARD disait lors d'un récent colloque consacré à la chute : "les vieillards qui chutent chutent beaucoup plus que ceux qui ne chutent pas", ceci pour rendre compte d'une donnée statistique qui est que le risque de chuter est multiplié par 20 après une première chute. Le symptôme est dans la répétition, dit l'adage.

- La troisième question concerne l'écart que je rappelais tout à l'heure entre les pronostics à court et moyen terme. Une personne sur deux dont la chute ne présentait initialement aucun critère de gravité va décéder dans l'année qui suit ou se trouver placée en long séjour. Entre parenthèses, ce devenir à moyen terme des chutes toutes gravités confondues est exactement le même que celui des fractures du col du fémur.

- Enfin, dernière question : un certain nombre d'affections somatiques sont habituellement reconnues comme pouvant être reponsables de chutes, entre autres hypotension orthostatique, troubles du rythme cardiaque, arthrose, troubles visuels. L'augmentation de leur fréquence avec l'âge a même été proposée comme explication du plus grand nombre de chutes chez la personne âgée. Or une étude parue l'an passé montre qu'à un âge donné ces affections ne sont nullement plus fréquentes dans une population chuteurs que dans une population non-chuteurs.

Notre enquête a porté sur 100 cas de chutes survenues à l'hôpital chez des personnes de plus de 65 ans. Nous avons tenté d'y repérer des éléments concernant à la fois la personnalité du malade chuteur, le contexte de la chute et la réponse apportée à la chute de la part de l'entourage soignant en particulier.

Sans entrer dans le détail, nous n'avons retrouvé qu'un seul élément de personnalité corrélé à la chute, mais de manière significative, c'est la tendance dépressive. La dépression n'était que rarement cliniquement patente au moment de la chute, par contre on retrouvait fréquemment des antécédents dépressifs ou surtout l'apparition de symptômes une à deux semaines après la chute. Au contraire, j'ai été frappé de voir comme les malades, vus quelques jours après la chute, semblaient peu anxieux ; nous y reviendrons.

L'étude du contexte dans lequel survient la chute permet d'y repérer plusieurs redondances : la chute survient le plus souvent :

- dans le premier mois de l'hospitalisation,
- après plusieurs transferts ayant mené le malade dans différents hôpitaux,
- chez un malade considéré comme peu entouré par l'équipe soignante alors qu'il était rarement isolé avant son hospitalisation,
- dont l'évolution de l'état général est défavorable,
- enfin pour qui un nouveau transfert est souvent envisagé, notamment en maison de retraite.

Il ne s'agit donc pas à proprement parler d'un contexte d'isolement comme certains ont cru le repérer autour des chutes graves, l'isolement jouant certainement plus sur le processus d'hospitalisation après la chute que sur la chute elle-même, mais plutôt d'un contexte de rupture, matérialisée par l'éloignement de l'entourage et par les nombreux transferts, passés ou en projets, rupture aussi qui transparait derrière la contre-attitude opposée à la chute tendant à la faire apparaître comme un présage de mort ou au contraire comme non avenue : on bloque le malade sur son fauteuil ou un lit à barrières ou on ne fait pas cas de la chute : rappelons que moins de 25 % de nos chutes, à l'hôpital, ont été bilantées.

Et précisément, lorsqu'on s'intéresse de plus près à l'histoire de ces malades chuteurs, c'est encore la notion de rupture qui ressort, notamment au niveau de la filiation : plus de 20 % d'entre eux avaient perdu un enfant en bas âge alors que ce n'était le cas que de 1 % de ceux du groupe témoin. Certains aussi avaient connu un cas de démence chez leurs ascendants ou collatéraux et nous confirmaient les bruits qui courent quant au caractère héréditaire de la démence.

Or, nous savons, en particulier depuis les travaux du Pr GUYOTAT et, dans le champ de l'analyse systémique, du Dr AUSLOOS que de tels évènements sont susceptibles de vectoriser l'activité fantasmatique et la structure communicationnelle du groupe familial tout entier, lequel tend à déléguer un de ses membres en tant que porteur de la mémoire de cet évènement.

Le Dr CHARAZAC nous a d'autre part montré, dans cette même assemblée en 1984, comment les conflits de dépendance, ravivés lors du vieillissement, pouvaient réactiver des angoisses issues de la période de non-différenciation et à ce titre privilégier les phénomènes de groupe. Cette question de la dépendance dont nous avons vu qu'elle se posait avec une acuité particulière dans le contexte de la chute.

L'évènement et son rôle dans la psychopathologie tiennent une place importante dans la recherche lyonnaise. On a pu voir, à propos notamment de la dépression chez le sujet âgé ou des présentations déficitaires, comment cet évènement, lorsqu'il entre en phase avec l'histoire du sujet, peut précipiter une décompensation dont l'expression s'inscrit en continuité de la chaîne signifiante.

La chute aurait-elle un sens ?

Force nous est de remarquer que, dans la langue française, le mot "chute" se trouve au centre d'un vaste champ séméiologique. Ne dit-on pas chuter pour :

- tomber, bien sûr, mais aussi :
- s'effondrer : la chute d'un pan de mur,
- arriver à un but : le point de chute,
- se détacher : la chute des feuilles,
- tomber en disgrâce : la chute d'un gouvernement,
- tomber en décadence : la chute de l'Empire romain,
- capituler : la chute d'une place forte,
- pêcher, déchoir : "l'Eden avant la chute",
- dévaluer : la chute d'une monnaie,
- terminer : la chute d'une phrase,
- échouer : chuter à un examen,

tous sens derrière lesquels apparaît en filigrane la notion de rupture sur laquelle nous insistions tout à l'heure.

Une première hypothèse peut alors être proposée, celle qui fait apparaître la chute comme un signifiant de rupture, de perte, survenant lorsque viennent à se rencontrer :

- une organisation fantasmatique et communicationnelle familiale visant à aménager les conséquences traumatiques d'un évènement du type "attaque de la filiation",

- un évènement actuel réactivant l'angoisse de séparation et le conflit de dépendance, et à ce titre privilégiant les phénomènes de groupe,

- ceci sur fond d'affaiblissement physiologique lié au vieillissement, avec ses implications connues au niveau statique et moteur.

Cette hypothèse, jointe à la constatation de l'importante incidence croisée de la dépression, pose une nouvelle question, celle de la signification psychopathologique de la chute par rapport à la problématique dépressive, question que nous avons tenté d'aborder à travers l'étude plus approfondie de quelques cas cliniques.

Si nous ne pouvons malheureusement relater ces cas ici, il semble bien que souvent ces malades gravement et précocément marqués par la perte d'objet, aient mis en place des aménagements visant à éluder la question de la dépendance, au moyen surtout de défenses par le réel. Dans ces cas, les difficultés associatives, la pauvreté d'élaboration des fantasmes, l'adhésion à la réalité objective, la rigidité des formations de caractère font évoquer la pensée opératoire décrite chez les malades psychosomatiques par l'école parisienne, à la différence toutefois que nos malades, lors des situations de conflit ou de perte, ont pu suffisamment approcher la dépression pour faire l'économie d'un retentissement physiologique qui, de plus, reste, dans la chute, souvent limité.

Manifestation brutale, violente, exprimée dans le registre du comportement face à un conflit et court-circuitant l'étape de la mentalisation, la chute peut aussi être rapprochée du passage à l'acte dont elle partage la valeur communicationnelle, d'autant qu'elle permet souvent, nous l'avons vu, une neutralisation temporaire de l'angoisse. Cependant cette neutralisation n'est que temporaire ; à terme se pose presque toujours la question dépressive qui, avec la fréquence que nous avons rappelée, précipite le sujet dans la régression vers le déficit, voire la mort.

Dans cette perspective, la chute devrait être vue comme une mesure défensive protégeant le Moi, plutôt d'un risque de désorganisation et d'effondrement de ses assises narcissiques que d'une menace dépressive qui lui reste inaccessible, d'où peut-être cette tendance à l'itération.

C'est cet aspect d'en-deça de la dépression, de dernier rempart contre la menace de désorganisation interne que représente la confrontation à la perte qui nous fait proposer d'inclure la chute dans le cadre des troubles des conduites (je pense ici par exemple à l'anorexie mentale) ou des conduites anti-sociales au sens que WINNICOTT donne à ce terme. N'a-t-on pas d'ailleurs plusieurs fois rapproché vieillissement et adolescence.

Je terminerai sur cette question, mais non sans avoir souligné qu'à partir d'un symptôme aussi banal que la chute, des liens peuvent être tissés qui intègrent la trame d'une histoire, individuelle et groupale, restituant au sujet âgé une part de son humanité. Et là, bien que parti de l'épidémiologie, je me sens rejoindre ceux qui sont concernés par la gériatrie psychanalytique.

* *

*