

Pierre Charazac

Soin
et psychothérapie
du grand âge



DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du

droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2023

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-083637-6

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Table des matières

AVANT-PROPOS	XI
1. Un âge limite	1
De l'âge au grand âge	2
<i>La crise du milieu de la vie et l'illusion d'immortalité, 2 • La crise de sénescence et le travail de la perte, 3 • Le seuil du grand âge, 4</i>	
Les limites du corps	6
Les limites du couple	7
La limite du domicile	8
La limite entre le vieillard et sa famille	9
Les limites du soin	10
Les négations de la mortalité	11
Le moi et ses limites	12
2. Le moi au grand âge	15
L'estime de soi au grand âge	16
<i>L'image de soi, 16 • Un temps original, 18</i>	
Les rapports du moi avec son idéal et le surmoi	19
<i>Le surmoi, 19 • L'idéal du moi, 19 • Deux dépressions caractéristiques du grand âge, 20</i>	
L'unité du moi au grand âge	21
<i>La capacité d'être seul, 21 • Le dédoublement du moi, 22 • Les fonctions du dédoublement du moi, 23 • La création au grand âge, 24</i>	

Les transformations du moi et de l'objet à l'entrée en travail de trépas <i>Le dédoublement du travail du trépas, 25 • Dédoublement et sentiment d'étrangeté, 25 • Le dédoublement du moi comme précurseur du travail de trépas, 26</i>	24
Conclusion	28
3. La psychothérapie du sujet très âgé	29
La technique <i>Le transfert et le contre-transfert, 30 • Les interventions, 31 • La terminaison, 32</i>	30
Les images parentales dans la psychothérapie	33
La place de l'infantile <i>Les rêves, 35 • Les rêves éveillés ou fantasmes, 36 • Les souvenirs, 38</i>	35
La régression imagoïque des patients déficitaires	39
L'éthique de la psychothérapie	41
4. Les sentiments d'incapacité et de culpabilité dans les états dépressifs du grand âge	43
Le sentiment d'incapacité	44
La dépression d'infériorité	45
La position dépressive et le sentiment de culpabilité	46
L'oscillation entre incapacité et culpabilité	48
La psychothérapie du vieillard déprimé	50
5. La plainte de vivre du vieillard	55
Clinique d'une plainte déguisée <i>Une fatigue au statut ambigu, 56 • La participation de la dépression, 58</i>	56
Le transfert et le contre-transfert	60
L'angoisse de mourir seul	63
L'éthique du soin face à la plainte de vivre	64
6. Prévention et psychothérapie du suicidant âgé	67
Marguerite Charazac-Brunel	68
Les facteurs de risque <i>Les facteurs sociaux et environnementaux, 68 • Les facteurs familiaux, 69 • Les facteurs intrapsychiques, 69</i>	68

Les signes précurseurs	71
<i>Dans la première période, 71 • Dans la deuxième période, 71 • Dans la troisième période, 71 • Dans la période de prodromes du passage à l'acte, 72</i>	
Le dépistage du risque	73
La prise en charge psychothérapique analytique	74
La spécificité de la prise en charge des personnes âgées suicidantes	76
<i>Les représentations de la mort, 76 • Transitionnalité et transmission, 77</i>	
<i>• Les difficultés contre-transférentielles, 78</i>	
Conclusion	78
7. La guidance du couple âgé dans la maladie d'Alzheimer	81
Le destin du couple dans la maladie d'Alzheimer	82
<i>La communication au sein du couple, 83 • Les dés-étayages extérieurs, 84 • Le paradoxe de la séparation, 85 • Le parcours du conjoint aidant principal, 86</i>	
La consultation du couple	90
<i>L'écoute du couple, 90 • Le clinicien face au couple, 91 • La capacité d'être seul en couple, 92</i>	
8. La fonction de l'agressivité dans le soin	93
Les origines manifestes et cachées de l'agressivité	94
<i>Le vieillissement comme somme de frustrations, 94 • Le traumatisme de l'entrée en institution, 95 • L'ambivalence à l'égard des soins, 95</i>	
Clinique de l'agressivité	97
<i>L'aménagement caractériel, 97 • Les manifestations indirectes de l'agressivité, 99 • La répression et l'inhibition de l'agressivité, 99 • L'agressivité du soignant, 100</i>	
Aggressivité et régression de la libido	101
<i>La défense contre la frustration orale, 102 • L'oralité dans les dépressions de la sénescence selon K. Abraham, 102 • Aggressivité et tabou de la passivité, 103 • Régression et vie collective, 103 • Le rôle conservateur de l'analité, 104</i>	
La tolérance des soignants à l'égard de l'agressivité	105

9. Dépendance et protection du grand âge	107
Les bases de l'adaptation du soin à la dépendance	108
<i>La figure du vieillard imaginaire, 108 • Le rôle protecteur du faux-self, 112</i>	
La protection juridique du parent comme défense pour ses proches	113
La protection des soignants	116
Conclusion	118
10. Le glissement et les états de carence affective	119
Le syndrome de glissement	120
<i>Un tableau clinique singulier, 120 • Le rapprochement avec la dépression anaclitique du nourrisson, 121 • Discussion psychopathologique, 122 • Régression et glissement, 123</i>	
Les états de carence affective	126
<i>La dépression grincheuse du vieillard, 126 • Les addictions tardives à l'alcool ou aux anxiolytiques, 126 • Le syndrome post-chute, 127 • Les satisfactions orales, 127 • La plainte de vivre, 128</i>	
Les carences du milieu	128
<i>La notion d'adaptation du milieu, 128 • La carence affective en EHPAD, 129</i>	
Conclusion	130
11. Le corps et la parole dans le soin au vieillard dément	131
La singularité du patient révélée par le soin	131
Le corps propre du vieillard dément	134
La parole et le cri du vieillard dément	136
La parole des soignants	139
L'altérité du vieillard dément	140
12. La Covid-19 et le soin en EHPAD	145
L'espace du soin institutionnel	145
<i>Les caractères de l'espace de l'EHPAD, 146 • Les effets du confinement sur le soin, 148</i>	
Le temps du soin institutionnel	149
<i>Un temps bouleversé, 149 • Traumatisme et après-coup, 150 • La disparition du temps du trépas, 151</i>	

L'impact sur le cadre intérieur des soignants	152
<i>La position dépressive du soignant, 152 • La tolérance des transgressions mineures, 153 • Les changements de rôles, 154 • Le travail du deuil, 154</i>	
Les défenses des soignants contre la dépression et l'effondrement	155
<i>Les défenses contre la menace dépressive, 155 • Les défenses contre la crainte de l'effondrement, 156 • Covid-19 et angoisse de mort, 157</i>	
13. Vivre sa mort en présence de l'objet	159
Le sens de vivre sa mort en présence de l'objet	160
<i>L'angoisse de mourir seul, 160 • La capacité d'être seul en présence de l'objet, 161 • La défense contre l'angoisse de séparation, 164</i>	
L'objet du transfert de trépas	165
<i>L'appel à l'objet dans le travail de trépas, 165 • La figure maternelle de l'objet-clé, 166 • La dissolution du moi et de l'objet, 166</i>	
L'expérience qu'ont les soignants du trépas	167
14. La souffrance des soignants face au vieillissement de leurs parents	169
Marguerite Charazac-Brunel	
Trois soignants en souffrance	169
Le désir de soigner	172
Le soignant face à son propre vieillissement	174
<i>« Pourvu que l'on ne me fasse jamais cela ! », 174 • « Pourvu que je ne devienne jamais comme cela ! », 175 • « Il vaut mieux l'euthanasie » ou « Je me suiciderai avant de devenir comme cela », 176 • La persévérance du soignant dans l'idéalisation de sa fonction, 176</i>	
Les défenses du soignant	177
<i>La dépression hostile de l'enfant-soignant, 178</i>	
Conclusion	179
GLOSSAIRE	181
BIBLIOGRAPHIE	189

« J'ai comme chacun de nous tous les âges si je cesse de découper le Temps »
J.B. Pontalis, *Avant*. Paris, Gallimard, 2012.

Avant-propos

Cet ouvrage traite des particularités du soin et de la psychothérapie des personnes parvenues au grand âge ainsi que de l'expérience des proches formant leur environnement, où certains tiennent auprès d'elles le rôle d'aïdants.

Loin d'être une simple sous-catégorie démographique et économique de la vieillesse, du fait de l'accroissement constant de ses représentants, le grand âge est en passe de créer dans les pays occidentaux une situation sociale inédite. Mais il mérite aussi d'être reconnu comme une étape à part entière de la construction de l'identité, voire parfois de l'individuation, et pas seulement du parcours médical et social de ces sujets réduit à la fin de vie. Le grand âge peut être encore un temps créatif constituant l'aboutissement heureux d'une existence. Repoussé par les uns qui l'assimilent à un naufrage, cet âge réjouit les autres, telle cette patiente qui, faisant allusion à une récente rencontre amoureuse, nous confiait vivre l'anniversaire de ses 92 ans comme « une farce ».

Si l'on définit le grand âge non par rapport à l'espérance moyenne de vie mais à l'espérance de vie à 60 ans, elle est en 2021 de près de 20 ans pour les hommes et de 25 ans pour les femmes, ce qui situe approximativement son seuil actuel à 85 ans¹. Dépasser l'espérance de vie augmente la probabilité d'être frappé d'un

1. D'après la mise à jour du 21/12/2021 du ministère des Solidarités et de la Santé qui estime à 1,4 million le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus. Ce chiffre est en forte croissance

handicap et d'avoir besoin d'un hébergement protégé, aussi les épidémiologistes nord-américains préfèrent-ils substituer à ces chiffres quatre critères : l'incapacité physique, la mortalité, le recours aux institutions de soins de longue durée et la maladie d'Alzheimer. Lalive d'Épinay et Spini (2007) peuvent ainsi écrire « À la différence des autres âges de la vie qui sont présentés dans la règle en termes de potentiels, la grande vieillesse est construite en objet scientifique à partir de ses pathologies, de ses morbidités et de sa mortalité. La grande vieillesse, un âge pathologique ? »

On répondra qu'en dépit de son extrême dépendance, le premier âge ne constitue pour autant pas un état pathologique. Mais si nous quittons le terrain médico-social pour considérer la psychologie du grand âge, sa définition se recentre autour d'éléments d'un autre ordre, en premier lieu l'inconnu de sa destinée et de sa durée dont le poids ne se fait pas seulement sentir dans la relation soignante mais également dans le milieu de vie. Une large part des pathologies et de la morbidité attribuées au grand âge dépendent, comme sa santé, des rapports du vieillard avec son environnement, ainsi que le montre la variabilité des symptômes comportementaux dans les états démentiels. Interviennent également, en direction cette fois du passé, un ensemble de facteurs qui contribuent à construire la figure d'un vieillard imaginaire propre à chacun.¹

Penser dans toute leur complexité les relations existant entre la réalité intérieure du sujet très âgé et la réalité extérieure représentée par son milieu est la tâche la plus importante et la plus difficile du soignant et du psychothérapeute. Le rôle joué par l'environnement, vu sous l'angle de ses apports comme de ses carences, se traduit sur le plan affectif par un sentiment de sécurité ou de persécution, selon ce que le sujet projette aussi sur lui de son monde intérieur. D'où l'usage particulier que chaque vieillard fait du soin et l'adaptation qu'il attend, consciemment ou non, de son milieu, qu'il soit constitué de proches aidants ou de professionnels.

La notion de soin demande une mise au point préalable. Ce mot fait partie de ceux dont on commence par observer qu'ils n'appartiennent pas au vocabulaire

puisque, d'après la même source, il doit passer à 5 millions en 2060. L'âge moyen de la perte d'autonomie est 83 ans et 20 % des plus de 85 ans sont qualifiés de dépendants.

1. D'après le dictionnaire Gaffiot, c'est le mot *vieillard* qui paraît désigner le mieux les plus âgés des sujets âgés, que le *National Institute on Aging* américain nomme les *oldest old*. *Senex* (qui a donné *senator*) a ce sens comparatif et *senium* ne signifie pas simplement âge mais grand âge, sénilité, déclin ainsi que morosité, chagrin et douleur. Le terme « très âgé » qui alterne dans ce livre avec celui de *vieillard*, est aussi à entendre dans le sens du plus âgé des sujets âgés donc du plus proche du terme de l'existence humaine.

de la psychanalyse, avant de considérer ce qu'elle peut en dire. Si pour certains psychanalystes le soin n'est pas l'objet de la cure, il en est peu qui, à un moment ou un autre de leur réflexion théorique et de leur pratique, ne fassent pas référence au soin maternel comme période essentielle du développement de la personne ou pour interpréter le transfert d'un patient.

Il existe deux façons d'envisager les termes de soin psychique, soit comme le volet psychique du soin, que celui-ci ait pour objet le corps ou l'esprit ; soit comme le traitement du psychisme par des moyens psychiques, ce qui est la définition la plus communément admise de la psychothérapie. Nous avons néanmoins écarté ce qualificatif du titre de cet ouvrage pour nous en tenir au terme général de soin. Le psychanalyste ne saurait, en effet, faire du psychique le ressort exclusif d'aucun soin car le corps est toujours présent dans sa pensée sinon dans son travail. En ce qui concerne le vieillard, l'énigme résolue par Œdipe représentant l'homme comme la créature qui marche sur quatre, deux et trois pattes, rappelle que le concept de moi corporel n'est pas une métaphore mais s'enracine dans le réel.

Le travail psychique rompt la dichotomie séparant la psyché du corps en transformant des expériences sensori-motrices et émotionnelles en représentations susceptibles de se lier à d'autres représentations et d'être véhiculées par des mots. À l'instar des transformations physiques de l'adolescence, l'avancée en âge provoque des changements corporels dont le sens et l'unité ne se révèlent qu'en accédant au niveau psychique. S. de Beauvoir (1970) constate dans son ouvrage sur la vieillesse : « Il faut déjà avoir conscience de son âge pour le déchiffrer dans son corps. Et même alors, celui-ci ne nous aide pas toujours à intérioriser notre état. Ces rhumatismes, cette arthrite sont dus à la sénescence, nous le savons ; et pourtant nous échouons à découvrir en eux un nouveau statut. Nous restons ce que nous étions, avec des rhumatismes en plus. »

La psychothérapie, comme la cure analytique, a pour vocation de créer et entretenir les conditions les plus favorables à ce processus de mentalisation. Par analogie avec le travail du rêve et celui du deuil, on appelle travail de vieillir l'ensemble des opérations mentales s'appliquant au vieillissement corporel et aux représentations qu'il appelle, y compris celle de sa propre mort. Lorsqu'il se focalise sur certaines excitations internes jusqu'ici inconnues du sujet et leur donne la valeur de signes, il prend le nom de travail du trépas (M'Uzan, 1977).

En clinique, la définition du grand âge ne repose pas sur l'âge civil mais sur un ensemble d'éléments d'ordre corporel, affectif et parfois social qui s'organisent autour des deux thèmes majeurs de la dépendance et de la fin de vie. Toutefois, alors que l'un et l'autre gouvernent véritablement la prise en charge matérielle du

vieillard, la place qu'ils occupent dans la relation soignante est loin d'être aussi manifeste car les représentations qui leur sont liées sont objets de refoulement et de déni. La difficulté du métier de soignant en gériatrie tient moins aux problèmes posés par ses protocoles qu'aux résistances que ces derniers renforcent vis-à-vis de la prise de conscience de ce que mobilise la gestion permanente de la dépendance et de la mort. Aussi le travail attendu des professionnels du soin n'est-il pas seulement technique mais aussi psychique, visant à donner du sens aux affects qu'ils éprouvent.

La résistance la plus courante à la prise de conscience des dynamiques de la relation de dépendance consiste à regarder l'écoute des patients et les protocoles de soin comme deux démarches incompatibles. Si certains soignants, séduits par l'interprétation du comportement et de la parole, répugnent à se plier aux exigences de leur tâche professionnelle, d'autres en revanche, redoutant les questions soulevées par l'analyse de la pratique, passent à côté des bénéfices qu'ils pourraient en attendre. Comme Winnicott (1970) l'a montré, il est de l'intérêt du malade que le soignant ne se cantonne dans aucune de ces deux positions extrêmes et réalise pour son compte personnel, c'est-à-dire mette en travail, l'union du *cure* et *care*. On verra qu'en ce qui concerne le soin en institution gériatrique, l'un des principaux enseignements de la pandémie de la Covid-19 est que le traitement et le soin ne sauraient se substituer l'un à l'autre. Chacun est porteur de sens et leur mise en tension ne doit pas faire sacrifier l'un au profit de l'autre mais les faire chacun progresser.

Toute réflexion sur le soin, à quelque âge que ce soit, implique un esprit d'ouverture et de respect de l'autre dont bien des approches contemporaines ne font pas toujours preuve. L'ouverture s'oppose à la fermeture de la vérité statistique lorsque celle-ci ignore la singularité personnelle sur laquelle repose pourtant toute relation. Il n'est guère de succès thérapeutique qui ne relève peu ou prou d'une autre sorte de vérité contenue dans la formule de Montaigne « Parce que c'était lui, parce que c'était moi ». Le terme d'ouverture est aussi à entendre, comme il vient d'être dit, par rapport à l'antagonisme attribué au couple *care - cure*. Il ne s'agit pas de dédaigner les protocoles et encore moins d'ignorer la charge de travail qu'ils représentent, mais de constater qu'ils gagnent à être aussi considérés du point de vue psychique. Sinon, le sens qu'ils revêtent au quotidien se caractérise par la fragmentation résultant de la juxtaposition des cibles et des traitements, et la fermeture sur soi du traçage et des transmissions. Le codage qui les accompagne s'écarte d'autant plus du soin que, de notre point de vue, il ne renvoie à rien d'autre qu'à lui-même.

Quant au respect, il s'applique aussi bien à la personne du patient qu'à son expérience qui ne doit être ni négligée ni dénaturée, en s'aidant de ce qu'il fait vivre et sentir au soignant. Ce que l'on appelle le soin n'est jamais que la somme des tâtonnements visant à résoudre dans l'intérêt du malade les difficultés rencontrées par les équipes soignantes¹. Freud a suivi cette voie en ne dissimulant jamais les questions posées à sa théorie par la nature des choses, en l'occurrence celle de la clinique de la cure. Que l'on songe, en ce qui concerne le soin en établissement, aux approximations nécessaires pour dégager une ligne de conduite en face d'un syndrome de glissement ou de l'appel obsédant d'une résidente.

Respect et ouverture se rejoignent dans le souci de ne pas dénier l'existence de la vie psychique, y compris chez un patient dément. De cette vie dépendent le sens et la portée de cet opérateur essentiel du soin gériatrique qu'est la régression. Considérer en avoir terminé avec une toilette parce que l'on a respecté d'un bout à l'autre ses préconisations et qu'elle figure dans le dossier informatisé du patient, c'est exclure de ce soin son rythme, les échanges qu'il a engendrés et, dans certains cas, la créativité dont le soignant a dû faire preuve, en bref ce qui a fait sa singularité. D'où l'importance de la restitution des paroles du patient et de l'expérience du soignant au reste de l'équipe. Aucune de ces lignes directrices n'est spécifique du soin ou de la psychothérapie du vieillard mais il convenait de les rappeler.

Les chapitres de cet ouvrage reprennent pour la plupart des articles ou des conférences auxquels ont été apportés de nouveaux développements. Leur choix a été dicté par une expérience personnelle de près de quarante années, tant auprès des sujets très âgés que des équipes exerçant en établissements ou en dispositifs gériatriques ambulatoires. Ce n'est donc pas seulement comme objet de recherche psychopathologique mais comme sujet d'une clinique partagée que l'on rencontrera, dans les quatorze chapitres de ce livre, le vieillard en relation avec ses proches ou ses soignants.

Le syndrome de glissement et l'expression de l'ennui de vivre ont été révisés à la lumière d'une lecture nouvelle de la clinique rapprochant le premier de la dépression anaclitique et faisant de la seconde une plainte adressée à l'entourage.

1. Dans ce sens, en s'inspirant du fonctionnement hors emprise-déprise décrit par Racamier et des processus tertiaires définis par Green, Gutton analyse « l'esprit du soin » comme un consentement partagé engageant un travail de subjectivation réciproque à base de co-sentir, co-percevoir et co-représenter (Le consentement. *Le vieillissement saisi par le soin*, dir. C. Racin, C. Caleca et P. Gutton, Paris, In Press, 2021, 151-170).

La place du corps et de la parole dans le soin des patients qui cumulent grand âge et démence m'a permis de rendre hommage à l'enseignement d'Henri Maldiney pour qui la rencontre avec le malade ne prend pas son origine dans le discours mais dans l'espace et le temps propres à son existence. La question d'actualité de la pandémie de la Covid-19 s'est imposée parce que sa mortalité et l'épreuve du confinement ont révélé, y compris par leur mise en suspens, des invariants du soin en EHPAD dont l'importance tendait jusqu'ici à passer inaperçue. Pour traiter de la psychothérapie du vieillard suicidaire et de la souffrance du soignant confronté au vieillissement de leurs parents, j'ai fait appel à l'expérience et à l'analyse de Marguerite Charazac-Brunel, que je remercie d'avoir écrit deux chapitres de cet ouvrage. Ma gratitude va également à Georges Jovelet pour sa relecture éclairée et attentive du manuscrit de ce livre, et à Madame Isabelle Lolivier, directrice et rédactrice en chef de la revue *Santé Mentale* ainsi qu'à Christophe Trivalle, rédacteur en chef de la revue *Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, pour avoir l'une et l'autre autorisé la reprise de quatre articles.

Hormis les deux premiers chapitres, les autres vont aussi souvent que possible de la réalité clinique à la réflexion théorique, dans un ordre dont la part d'arbitraire laisse le lecteur libre de son parcours. En matière de psychologie, il n'est pas de description clinique qui échappe complètement à la subjectivité de l'observateur, ne serait-ce que par le langage qu'il emploie. Notre sujet se situant hors de toute démarche expérimentale, c'est au niveau du travail des cliniciens et des équipes soignantes dans toutes ses dimensions, y compris psychique, que s'évaluera la pertinence de nos observations et de leur analyse. Il ne s'agit pas d'une simple formule car pour être nécessaire, la recherche du sens de ce que nous faisons ne doit pas faire perdre de vue que le soin n'est pas un discours mais une *praxis* dont le contenu déborde toujours ce que l'on peut en dire.