

PRATIQUES & RECHERCHES

*en santé
mentale*

N° 44

Sept. 2011

5 €



Les rencontres *de l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie en 2010*

1^{er} avril, Flers :
Vieillesse et psychiatrie

18 novembre, Caen :
Le temps du deuil

Fédération d'aide à la
Santé Mentale
CROIX-MARINE



SOMMAIRE

1

Éditorial

Dr Marc TOULOUSE - Président Croix Marine, Basse-Normandie

2

VIEILLISSEMENT ET PSYCHIATRIE Flers, 1^{er} avril 2010

- 2 • LE RÉSEAU DE SOIN, UN LIEN QUI PEUT EN FAIRE EXISTER UN AUTRE
Claudie VABRE - Psychologue clinicienne
- 5 • "LES MIMOSAS", UNE UNITÉ SECTORIELLE DE GÉRONTO-PSYCHIATRIE BRANCHÉE SUR LE RÉSEAU
Dr Marc TOULOUSE - Psychiatre CHS Caen, Président Croix Marine, Basse-Normandie
- 8 • CAS CONCRETS
Pierre HELIE
- 10 • EXPÉRIENCE D'UNE INSTITUTION SUR L'INTERVENTION SPÉCIALISÉE : L'EHPAD D'ATHIS DE L'ORNE
Maryline THEROUIN, Cadre de santé, EHPAS D'Athis de l'Orne
- 12 • CAS CONCRETS
Régine POTTIER, Infirmière CMP Flers

14

LE TEMPS DU DEUIL CAEN, 18 novembre 2010

- 14 • QUELQUES MOTS
Jean-Pierre VIVIER, Directeur CHS Caen
- 14 • INTRODUCTION
Pascal CRETE, Psychiatre, vice-président Croix Marine Basse-Normandie
- 16 • LA SÉCIFICITÉ DU DEUIL CHEZ LES ADOLESCENTS
Nelly ACCARD, Martine VARLET, Nathalie HISSEN, Psychologues CMPEA Bayeux
- 18 • LE GROUPE D'ADOLESCENTS ENDEUILLÉS "L'ÉLAN"
Nelly ACCARD, Psychologue CMPEA Bayeux
- 20 • LE SUJET ENDEUILLÉ DU SUICIDE
Marc-Elie HUON, psychologue CHU Brest
- 26 • DEUIL ET GRAND AGE
Françoise FELIN, Cadre de Santé, Consultante et formatrice IQualis Santé



Editorial



Vous avez dit évaluation ?

« Et la machine à laver... Où sont tracés les cycles de nettoyage entre chaque utilisation ? » C'est vrai ça ! Ça tombe sous le sens ! C'est comme chez vous, où vous faites systématiquement une lessive à blanc avec un désinfectant puissant entre chaque utilisation ! On veut bien laver son linge sale en famille à condition de désinfecter la machine entre deux lessives. Non, vous ne rêvez pas. C'est bien la remarque faite par un « expert visiteur » de la prestigieuse HAS lors de la visite de notre unité de Post-Cure, en vue de la certification de l'Etablissement en mars 2010. Il s'agit d'une petite unité de transition qui a pour projet de favoriser la sortie de l'hôpital à des patients qui ont été désinsérés par la violence d'une crise pathologique qui se double, la plupart du temps, d'une crise sociale, familiale et économique. Cette unité, qui a rendu des grands services pour ré-entraîner à la vie ces patients, est ouverte dans notre service (et à usage intersectoriel) depuis une quinzaine d'années, sans que l'on y déplore le moindre problème grave remettant en cause son projet... La gestion du linge – comme celle des repas ou celle de la pharmacie – fait partie intégrante des choses indispensables à travailler pour une sortie réussie. La présence discontinuée des soignants est voulue pour faciliter le sevrage progressif de l'Institution.

Le comble est que l'expert lui-même convenait parfaitement de l'intérêt de la démarche soignante et de la pertinence de l'outil, mais n'a pu s'empêcher de satisfaire aux exigences de sa mission consistant à évaluer, dans les bonnes pratiques hospitalières, la gestion du linge dans un Etablissement Public de Santé. Ainsi, dans une structure hospitalière, chaque métier est soumis à des normes strictes des bonnes manières ; les soins aussi. Il convient de soumettre nos pratiques à une autoévaluation régulière et rigoureuse avec éléments de preuves à l'appui, avant que l'instance supérieure ne vienne dire le bon et le bien, le mauvais ou le condamnable. Ainsi, alors que les exigences d'une certaine morale chrétienne ont disparu des radars de la conscience collective, nos administrations ont ré-inventé les repères objectifs et quantifiables de la « Qualité ». Instance surmoïque imposée que nous sommes condamnés à intérioriser le plus complètement possible et ayant pour mission de brider notre libido source de toute créativité : Y a-t-il encore une place pour le rêve, pour l'inventivité dans le quotidien des personnes quand tout est protocolisé ?

On voudrait nous faire croire que l'évaluation à l'aide d'une échelle peut remplacer le diagnostic médical, psychologique, social ou infirmier d'une situation personnelle et singulière, ou encore que l'application d'un protocole pourrait tenir lieu de prise en charge du patient en souffrance !

Quand nous avons intitulé notre journée de juin 2010 « L'évaluation en psychiatrie : l'avenir d'une illusion » c'est peut-être ce que nous souhaitons faire émerger. Mais nous n'avons pas su convaincre de soignants pour venir s'exposer sur ce sujet. Fait rarissime, nous nous sommes trouvés obligés d'annuler la journée faute d'inscriptions... ce qui en dit long sur notre difficulté collective de réaction et confirme que ce mouvement d'intériorisation du néo surmoi est en marche, bien plus profondément que nous le croyons.

Plus consensuelles, les deux autres journées de 2010 sur le vieillissement et le deuil – respectivement à Flers et à Caen – ont largement effacé notre déception de juin. Cette revue annuelle en présente les actes et nous rassure sur nos capacités résiduelles d'adaptation et de créativité, malgré tout, pour faire face aux problèmes de la clinique à tous les âges. Merci aux équipes qui ont accepté, souvent dans l'humilité, de partager tous leurs projets et l'état de leurs réalisations, parfois même de leurs questions ou de leur réflexion. Merci à tous ceux qui ont accepté de faire l'effort de rédiger leur *Power Point*, certes très agréables pour l'exposé oral mais bien indigeste pour le lecteur.

L'année 2011 est déjà bien avancée à l'heure où ces lignes sont rédigées et déjà notre *Association Croix Marine de Basse Normandie* a le regard tourné vers septembre 2013 ! En effet, j'ai le plaisir d'annoncer ici que les Journées Nationales de la Fédération Croix Marine se dérouleront à Caen en septembre 2013. Nous souhaitons, fidèles à l'esprit de la Croix Marine, proposer des journées qui redonnent toute sa place au sujet en souffrance psychique. N'hésitez pas à nous rejoindre pour relever ce défi. Non, la psychiatrie n'est pas morte, car elle pense encore !

Dr Marc TOULOUSE
Psychiatre, CHS Caen

Président de l'Association Croix-Marine Basse-Normandie

PRATIQUES ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :
Dr Marc TOULOUSE
Responsable de la rédaction :
Maryse CORBET
Comité de rédaction :
Jeanne BERTAUX,
Dr Jean-François GOLSE,
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,
Jean-Noël LETELLIER,
Serge LOQUET,

Mise en page et impression :
Imprimerie LECAUX-OCEP
Tourlaville • 02.33.88.52.52

Crédit photos : Léon Faligot

Secrétariat : 02.33.21.84.66

ISSN 1157-5135
Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2011



VIEILLISSEMENT ET PSYCHIATRIE

DE L'IMPORTANCE DE PRENDRE EN COMPTE LES TROUBLES L'EXPÉRIENCE DES SOIGNANTS DU SECTEUR DE FLERS



Claudie VABRE

Psychologue clinicienne

LE RÉSEAU DE SOIN, UN LIEN QUI PEUT EN FAIRE EXISTER UN AUTRE

Le romancier Philippe Bordas met en scène un poète Ivoirien.

Ce dernier s'interroge : comment faire sortir son ethnie de l'illettrisme. Pour cela il invente un alphabet dont l'intérêt est de permettre au groupe de communiquer avec le monde occidental.

Ce récit, il nous l'offre comme un témoignage, il le résume par ces quelques mots : « l'ignorance est une maladie ».

Que souhaite-t-il nous transmettre ?

Comment cela peut-il faire écho à notre pratique ?

La trame de l'histoire repose sur l'apprentissage d'un alphabet pour tous afin de créer un même langage.

Partir de l'ignorance, c'est partir d'un petit rien de chacun pour se doter d'un lot commun et, non pas, un savoir que chacun garderait précieusement sans jamais vouloir le partager.

Dans notre pratique, articuler le soin c'est sûrement sortir de la solitude, se faire confiance dans un engagement au soin dont l'objectif est de se doter de moyens. Essayons d'y voir un peu plus clair...

Lorsque le discours du soignant vient interroger l'institution dans son embarras, sa réflexion porte le plus souvent sur la notion d'accompagnement de patients peu ordinaires, cherchant à s'adapter à un lieu de vie.

Ce postulat d'ignorance permet-il de questionner l'offre du soin psychique et relationnel en institution ?

Comment le parcours du patient peut être une aide pour faire émerger un lieu psychique ?

Selon la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et l'apport de l'expérience du terrain peut-on interroger ce devenir du patient ?

L'article IX prévoit de faire en sorte que la personne âgée accède aux soins qui lui sont utiles.

L'article X mentionne notamment de faire appel à des intervenants formés, qualifiés...

Dans ces différentes attentes, l'idéal de soin est d'abord une démarche au cours de laquelle l'ensemble des acteurs de santé doivent accepter de se connaître, de se reconnaître, en sortant des sentiers battus, des idées reçues et elles sont nombreuses !

Les acteurs de santé se remettant en cause, doivent s'interroger sur les valeurs qui fondent leur attachement au soin, à propos du lien qu'ils entretiennent avec les équipes dites transversales : soin palliatif, pôle douleur, psychiatrie... et que l'on peut étendre au tuteur, assistant social, référents d'activité...

La question essentielle que se pose le soignant est la suivante : qu'est-ce que bien soigner ?

Qu'est-ce que bien prendre en charge une pathologie ?

Comment doit-on faire pour que cela s'organise ?

Dans l'attente, les acteurs de terrain posent un questionnement : La pertinence du soin serait-elle d'instaurer un temps entre les différents soignants et le soigné ?

Sur un principe formel, nous pouvons retenir que ce qui

fait la globalité des prises en charge est :

- En première intention, de permettre qu'une communication s'établisse pour améliorer un soin somatique, engager un dialogue, faire en sorte que s'engage un lien de confiance,
- Ou encore d'intégrer le soin dans une dimension d'évaluation où l'on peut rencontrer, à cette occasion, certains aspects éthiques.

Il s'agit, bien souvent, d'un peu d'écoute relevant du soin et préservant une dimension humaine.

Ainsi l'accueil du résident, le lieu de vie proposé devrait permettre à chacun de faire émerger une demande individualisée, à partir d'un accompagnement salutaire, une aide de fin de vie.

Même s'il s'agit là, d'une démarche ambitieuse, il n'en reste pas moins qu'elle correspond à une cohésion du sens que nous préconise notre outil de santé publique « La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante ».

C'est-à-dire que l'idéal du soin soit toujours tourné vers le bien-être du résident et vers une cohérence commune du soin.

Cela peut se comprendre par une écoute des patients et des difficultés du quotidien où s'interroge le soignant. De faire en sorte que s'articule une information qui passe de la plainte du résident à l'organisation du soin, de façon qu'un changement ou un soulagement arrive pour le patient.

N'est-il pas inutile de resituer le soin en lien avec le résident et non strictement à la charge de l'interprétation d'une seule personne ?

L'absence de concertation des acteurs du soin aboutit trop souvent à une partialité de l'information. Le soin prenant parfois une représentation totémique pyramidale et non en forme d'étoile comme le préconise la charte.

La spécificité du soin relationnel, nommé psychiatrie ou psychologie, concentre les efforts vers une évolution de la prise en charge. Au détour de notre travail, nous constatons que la notion du temps et sa perception est

PSYCHIQUES EN INSTITUTION :

omniprésente dans nos conceptions de soin et nos pratiques. L'expérience se crée à partir d'un temps d'observation, parfois même avec l'aide d'un temps d'échange social, mais aussi le temps médical, le temps psychologique, le temps historique propre au patient...

De même l'instant privilégié de l'offre dite « psychologique » est un moment assez récent de la prise en charge du patient. Elle pose, interroge la situation de malade ou de futur résident, elle demande à en comprendre un peu de l'état de ses relations sociales antérieures. Elle intervient souvent après une séparation de l'environnement extérieur, soit à partir d'un retrait familial, soit à la suite de la perte d'un conjoint, soit à cause d'une perte d'autonomie, un vieillissement prématuré...

Les possibilités de l'offre de soin relationnel sont généralement celles de toute une palette de prises en charge.

Comme toute autre discipline de santé, la psychiatrie, la psychologie prennent place auprès de leurs partenaires. Elles ne sont pas des disciplines plus globales que d'autres. Elles n'ont donc pas à avoir une place préférentielle. Elles ne doivent pas non plus être sous-estimées. Elles doivent, comme les autres disciplines, accepter d'être interrogées en amont du soin.

Cette nécessité de réflexion partagée peut donner un nouveau caractère au soin. Il s'agit de reconnaître que la dimension du soin est par nature complexe.

Elle n'obéit jamais à des logiques, car vérités et erreurs s'opposent de façon simpliste, à savoir au service du bon sens, du bien faire, de faire en sorte que sa régulation suppose la reconnaissance d'autres logiques, d'autres savoirs (par exemple, la réunion de synthèse en équipe).

Comment considérer la question de l'articulation du soin relationnel dans cette dimension de la prise en charge à la fois psychiatrique, psychologique, sociale, et citoyenne toujours en respectant la charte des droits et libertés de la personne dépendante ?

Lorsque l'institution EHPAD sollicite un psychologue ou une visite de soignant spécialisé, cette demande repose sur un service rendu auprès des patients vieillissants et souffrant de troubles psychiques. L'objectif est de permettre un système de protection pour des personnes devenues vulnérables du fait de leur vieillissement. C'est ainsi que s'organise la société et il en découle un énorme travail à faire pour s'ouvrir sur un partenariat de réseau. Ce travail de réseau est une articulation de plusieurs intervenants. Sa particularité repose sur la parole et la coordination, et/ou une collaboration d'écoute mutuelle.

La demande adressée à l'équipe de psychiatrie est souvent faite dans l'urgence, une lecture qui correspond à un premier interlocuteur et à sa récepti-

tivité, et que l'on nomme la plupart du temps souffrance. Cette souffrance psychiatrique résonne avec souffrance psychique. Que vient-elle dire et comment l'aborder ?

Ce terme de souffrance psychique est facile à utiliser et nous nous devons de le questionner. C'est une question que l'on doit se poser pour chacun des résidents, mais c'est souvent la partie de l'approche de la maladie mentale, ou celle des troubles secondaires à une maladie, qui viennent perturber les équipes, à savoir la colère, l'agressivité, la régression...

Cette souffrance désignée entre dans une dynamique de soin. Elle est singulière et personnelle et elle peut, même, mettre en évidence un rejet, une servitude, une stigmatisation.

Entrer dans ce processus de soin, c'est le connaître, le reconnaître, y participer dans le sens où on y est, d'y emmener son bagage professionnel pour apporter une aide au patient afin qu'il souffre moins, qu'il se sente moins rejeté, mieux accueilli, mieux écouté, le rendre plus libre dans ses actes de la vie courante.

L'objectif d'une entente vers une meilleure connaissance du patient doit passer par la condition de fixer des limites à son projet. C'est-à-dire rester dans le cadre des possibilités et des compétences des différents intervenants, les soutenir, les développer en partageant ensemble un savoir. De sorte que chaque équipe viendra enrichir sa pratique au regard d'une autre. Même si dans cet intervalle créatif, interdisciplinaire, l'approche de la clinique se doit d'être redéfinie tout comme les nouvelles relations.

Une anecdote illustre notre propos : une femme de 80 ans fait le choix de venir en institution alors qu'elle méconnaît la collectivité. Dans un premier temps, l'accueil ne pose pas de souci particulier mais peu à peu cette femme s'efface dans le service jusqu'à ne plus sortir de sa chambre comme si elle refusait le lieu d'accueil.

Les sollicitations des soignants finissent par être perçues comme intrusives pour cette personne ayant une pathologie pré-démontielle et qui répond vivement par de l'agressivité.

La solution est trouvée et, quelques séances d'écoute orientée par une demande de psychologue sont venues interroger la connaissance de ce nouveau lieu de vie de cette résidente. Aujourd'hui cette patiente trouve des repères dans l'institution aux travers de quelques activités et elle fait confiance à ses interlocuteurs soignants.

Ainsi, c'est en écoutant la plainte du patient et en glanant le savoir du soignant sur le comportement en institution que l'on peut écarter ou diriger **une écoute de souffrance personnelle** et de permettre l'aide avant que la situation soit inextricable.

Et, bien souvent, la souffrance résulte d'une situation d'incompréhension entre maladie et particularité individuelle. Se nourrir de ces différentes situations, non



pas pour soulager a priori la souffrance, mais pour créer des conditions d'accueil et d'écoute centrées sur la personne. C'est alors un travail de reconnaissance de la souffrance que d'aborder la personne avec ce statut de citoyen ayant une singularité, et faire en sorte de la respecter.

Cet outil spécifique de la parole, ce temps accordé à l'autre, n'est autre que vouloir interroger, comprendre ce qui encombre, ce qui dérange l'institution.

Cette approche de la souffrance psychique fait aussi place à une substitution de termes entre psychiatrie et santé mentale. Parler de santé mentale c'est être à la fois en possession d'un savoir psychiatrique et institutionnel. C'est en portant un intérêt à ces deux termes que l'espoir peut émerger d'ouvrir notre pratique du savoir-faire au savoir-être auprès de ce patient.

Si le souhait existe d'entrer dans une dimension de partenariat, c'est aussi soulever un peu de curiosité. Il s'agit d'entrer dans un groupe où l'on n'est pas chez soi, mais où une expérience commune nous attend, d'où l'importance de transmettre son savoir sur le patient comme celui d'un délire non perçu par l'entourage immédiat, le rendre familier et de donner envie à ceux qui le reçoivent de s'approprier une pratique.

Nous savons tous que cette démarche de la psychiatrie avec ses différents partenaires est une question de temporalité. Aujourd'hui encore cette temporalité nous interroge. Qu'en est-il du devenir de ce savoir psychiatrique qui circule par la pratique soignante ? Qu'est-ce que chacun peut en attendre ? Comment susciter l'envie d'apprendre ?

En effet, l'évolution des prises en charge en psychiatrie est très souvent à saisir dans la pratique de la discipline et elle correspond à la fois au savoir et au savoir-faire dans la reconnaissance en ce qui concerne la chronicité.

Pour exemple : un patient accueilli de son domicile en institution EHPAD, celui-ci arrive avec un comportement fait de petits rituels. Chacun dans l'équipe répond aux demandes incessantes du patient selon leur ressenti. Par cette situation certains soignants se sentent démunis et, ce qui en découle c'est le rejet du patient et un embarras se fait ressentir dans l'équipe. Est-ce que l'on fait bien ?

L'équipe transversale spécialisée intervient parfois dans l'urgence de la situation, et, la réflexion du moment révèle la faille d'un fonctionnement institutionnel qui ne s'est pas muni de la précaution de réfléchir sur le cadre lors de l'accueil du résident.

La chronicité en institution prend souvent le visage d'un vieillissement avancé, d'une attitude infantile envers le résident. Le soignant toujours réactif peut être parfois mal positionné par manque d'information ou de formation. Il est alors dans l'anticipation du faire ou dans le laisser faire ou dans l'autorité du pas faire.

Quelle que soit sa décision il agit toujours de bonne foi, même si, la question soulevée est : qu'en est-il de la place du tiers ?

Nous pouvons réellement nous laisser enseigner par le patient en lien avec ses premiers interlocuteurs soignants d'où émerge une expérience de l'écoute. Une soignante peut formuler de sa pratique non rejetante : « mon savoir-faire, est d'adopter une autorité affective ». À d'autres moments une parole du partenaire de psychiatrie viendra apaiser le patient et le suivi de visites régulières pourra aiguiller une appréciation de la situation et une prise en charge différente.

Même si l'on ne perd pas de vue qu'avec l'approche de la crise, la réflexion engagée avec des pairs et/ou avec une concertation médicale ouvre sur la prescription d'un traitement qui souvent s'avère important et nécessaire pour préserver des liens et éviter « l'urgence dans la crise ».

La façon d'envisager le soin, c'est aussi ce premier temps de l'accueil. Un accueil, une rencontre, comme prémisses à la création d'un lien au détour de multiples passages, visites.

Quelle que soit la durée de la visite, le soin est envisagé. Il nous semble, en effet, que les soins ne sont thérapeutiques que dans la mesure où une rencontre, ou un partage, a pu s'établir entre le patient et le soignant.

Nous souhaitons nous attarder sur cette notion d'accompagnement. Comment comprendre ces moments ?

Ils passent souvent par un accueil où le patient se trouve particulièrement vulnérable car il est dépassé par ses capacités de contenance de l'angoisse et, où trop d'angoisse fait place au passage à l'acte.

Classiquement, on parle d'accompagner le patient dans la crise, c'est-à-dire le soutenir dans son cheminement, mais sans en gêner le déroulement. Il s'agit donc d'être à côté et de trouver une bonne distance, suffisamment proche, mais pas trop, pour laisser se déverser l'angoisse et pouvoir en partager le vécu.

Dans l'accompagnement, il ne s'agit pas de partager la douleur et l'angoisse qui, bien sûr, vont permettre la relation. Mais ce qui nous semble le plus important, c'est de s'appuyer sur le vécu pour construire une réalité qui peut se partager. Cette réalité qui est ainsi faite des événements institutionnels et qui passe par des remarques, des désaccords, des réactions d'équipes à des temps différents de l'institution.

C'est en parlant de ce vécu que le patient pourra reconstruire une réalité psychique et s'approprier un contenant stable et chaleureux.

Nous souhaitons illustrer cet avant-propos par deux vignettes cliniques, l'une pour la fonction d'accompagnement et la seconde pour l'approche de la crise.

“Les Mimosas”, une unité sectorielle de gériopsychiatrie branchée sur le réseau



Dr TOULOUSE
Psychiatre CHS Caen,
Président Croix Marine
Basse-Normandie



Mme ALLANET
Infirmière, CHS Caen



M. LEROY
Infirmier, CHS Caen

1- Présentation du service et des locaux

C'est un lieu de soins et non un lieu de vie d'une capacité de 10 lits. Les locaux sont aménagés sur un seul niveau. Le repérage des chambres est facilité par des portes de couleurs différentes et les lieux communs sont dotés de repères temporo-spatiaux (horloge, calendrier, décoration selon la saison ou les fêtes...)

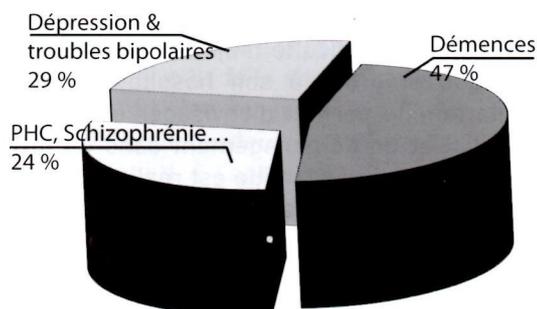
Il existe un espace de vie commun pour favoriser les échanges soignants-soignés.

2- Nos missions

- Respecter le rythme de la personne âgée
- Valoriser l'image corporelle (estime de soi)
- Instaurer une communication verbale et non verbale adaptée
- Evaluer l'autonomie (bilan de dépendance, grille AGGIR...)
- Accomplir les actes de mobilisation (chariot douche, lève malade...)
- Effectuer les soins somatiques liés au vieillissement
- Evaluer l'efficacité cognitive et la détérioration mentale (MMS, ateliers...)
- Réaliser des activités thérapeutiques
- Elaborer les projets de sortie en collaboration avec les familles, tuteurs, assistantes sociales, structures d'accueil, maison de retraite et structure extra hospitalière.

3- Statistiques année 2008

Répartition de la population des Mimosas par type de pathologie sur l'année 2008



4-Présentation de cas concrets

M. R. Paul, 87 ans, veuf sans enfants (sa femme avait 2 garçons d'une première union) est entré aux "Mimosas" le 20.02.2009 (durée hospitalisation : 12 mois) pour agressivité et troubles du comportement chez un patient atteint d'une démence Alzheimer. A résidé à la maison de retraite de Thurry-Harcourt peu de temps, après une première hospitalisation au CHS en novembre 2008. Auparavant, habitait seul à domicile avec des aides. M. R a été commis de ferme puis a travaillé chez RVI.

Antécédents :

- Somatiques :
 - AVP grave et ancien avec probable trépanation
 - HTA
 - Hypertrophie prostatique
 - Baisse de l'acuité visuelle (non corrigée par ses lunettes qu'il refuse de porter)
- Psychiatrique :
 - Démence Alzheimer (1^{ère} hospitalisation en novembre 2009 au CHS)

Histoire de la maladie :

Adressé par la maison de retraite de Thurry-Harcourt en décembre 2008 pour agitation psychomotrice, agressivité, insomnie, déambulation, DTS, il a, dans un premier temps été admis en service d'admission.

A son arrivée, il présente un épisode d'agitation avec troubles cognitifs et mnésiques majeurs nécessitant un séjour en CSI pour le protéger (risque de chute). Un traitement sédatif est instauré.

Un scanner cérébral est pratiqué en janvier 2009 qui révèle une atrophie cortico sous corticale. Puis un épisode fébrile accompagné de déshydratation, d'une altération de la vigilance, hypotonie des membres ; l'alitement impose la suspension des psychotropes. Des perfusions de Glucosé sont recommandées.

Fin janvier, apparition de nécrose aux 2 talons (escarres), s'ensuit une période de ralentissement psychomoteur avec troubles de la déglutition (alimentation mixée) et difficultés à la marche (fauteuil roulant et kiné).



A partir du mois de février 2009, il retrouve peu à peu son autonomie pour la marche mais demeure confus, désorienté et insomniaque. Fin février, il est réorienté vers les "Mimosas".

Les troubles mnésiques demeurent mais nous ne constatons aucune agressivité. M.R. déambule beaucoup dans le service, cherchant la route pour rentrer chez lui, notamment à la tombée de la nuit. Il repère assez bien sa chambre et les WC grâce aux repères (pictogrammes et porte de couleur). L'anxiété se fait plus présente en soirée, il peut alors s'agiter et se montrer opposant pour le coucher. Le traitement est difficile à ajuster, M.R. étant très sensible aux neuroleptiques. Son comportement nocturne est parfois problématique puisqu'il lui arrive de refuser de se coucher. Ses 2 escarres aux talons ont évolué favorablement en 5 mois (algoplaque).

En octobre 2009, M.R. est hospitalisé en urgence au CHU suite à un arrêt cardiaque pour un BAV stade III nécessitant la pose d'un pace maker. Une échographie cardiaque a été réalisée, montrant une insuffisance cardiaque avec cardiopathie obstructive. Un traitement par B bloquant, IEC et diurétique a alors été mis en place en novembre 2009.

Sur le plan psychiatrique, M.R. présente toujours des troubles mnésiques importants mais l'anxiété nocturne a fortement diminuée. Il est beaucoup plus facile pour l'équipe soignante de le prendre en charge, notamment au moment du coucher puisqu'il ne s'y oppose plus. M.R. s'intéresse aux informations et aux variétés à la télévision. Il apprécie les chansons anciennes et peut se mettre à chanter avec plaisir. Il aime beaucoup évoquer sa vie, son métier, la guerre... ce qui se fait très facilement dans l'espace Snoezelen par la relation duel instaurée et à l'atelier mémoire où nous stimulons ce qui reste... Il participe activement à l'atelier cuisine où il épluche très bien les fruits, lui donnant ainsi un statut de travailleur qu'il apprécie. Il aime toujours les propositions de sorties ou de promenade. Il feuillette les journaux et revues bien qu'il ne puisse distinguer que les gros titres.

Les enfants de son épouse ont fait une demande de rapprochement familial et une place en maison de retraite sur Flers a été demandée. Il a été admis à l'EHPAD centre Maubert à Flers le 17 décembre 2009. L'hospitalisation a permis à M.R. d'être accompagné dans le déclin cognitif de sa pathologie, permettant ainsi son placement après stabilisation à un stade avancé de sa pathologie.

Mme D. Denise, 78 ans, veuve, 5 enfants, retraitée « agent hospitalier » est entrée aux "Mimosas" le 02.04.2009 (hospitalisation : 2 mois et demi) pour

syndrome dépressif chez une patiente connue, troubles bipolaires de type 2 depuis l'âge de 20 ans.

Avant l'hospitalisation, elle vivait seule à son domicile avec des aides (aides ménagères et suivi CMP de Honfleur mensuel + VAD tous les 15 jours).

Antécédents :

- Somatiques :

- HTA

- Psychiatriques :

- Troubles bipolaires et suivi sur le secteur depuis 1981 (dernière hospitalisation aux "Mimosas" : juin 2008)

Histoire de la maladie :

A son arrivée dans le service, Mme D. présentait : aboulie, apragmatisme et anhédonie intense. L'humeur était très sombre avec auto-accusation d'intensité clairement délirante (elle pensait avoir insulté du personnel et qu'à cause d'elle les malades ne pourraient plus manger ou allaient tomber, sentiment d'incurabilité).

Elle développait également des idées de ruine, étant persuadée d'être endettée avec sa Mutuelle et le téléphone de l'Hôpital d'Equemauville. On note un ralentissement psychomoteur important. Elle exprime un sentiment de culpabilité, une impression de devoir expier ses fautes. Elle développait des idées suicidaires, sans passage à l'acte, vraisemblablement du fait d'un ralentissement psychomoteur important.

Le discours apparaît pauvre. Elle se plaint de troubles du sommeil avec des réveils répétés. Son attitude est très figée. On note une tristesse de l'humeur. A l'introduction de l'ANAFRANIL, l'état général de Mme D. s'est aggravé, des troubles de la marche sont apparus et la suppléance pour les actes de la vie quotidienne est quasi-totale, obligeant le médecin à interrompre ce traitement. Après l'introduction de l'EFFEXOR, les troubles de la marche vont s'amender. Progressivement l'état thymique de la patiente s'améliore par cette chimiothérapie et par les activités thérapeutiques que nous lui imposons. L'atelier esthétique la narcissise. Ce temps privilégié possible aux "Mimosas" permet peu à peu à Mme D. de prendre confiance en elle et ses angoisses s'apaisent.

Elle participe à l'atelier cuisine et nous notons au fur et à mesure des séances qu'elle s'investit de plus en plus et que ses capacités physiques et psychiques sont conservées. Elle est même parfois à l'initiative de certaines recettes. La difficulté majeure pour Mme D. reste la solitude et grâce à son hospitalisation un travail avec la famille permet d'envisager un rapprochement familial et un déménagement dans un foyer logement à proximité de sa famille est réalisé. Mme D. a pu participer activement à ce projet en bénéficiant de permissions pour effectuer les démarches et verbaliser lors d'entretiens infirmiers son ressenti.

Le suivi CMP est maintenu à la sortie.

5- Présentation des ateliers thérapeutiques :

Atelier cuisine (en collaboration avec l'ergothérapeute);
Atelier mémoire ; Atelier Snoezelen ; Atelier esthétique
et coiffure ; Atelier décoration et art floral ; Atelier
animation : sorties socio-thérapeutiques, accompagnement
aux animations « culture à l'hôpital » (concerts,
expositions, projections cinématographiques...)

Tous ces ateliers permettent de :

- évaluer les capacités des patients
- favoriser les échanges et le partage avec les autres patients et les soignants
- valoriser les patients et leur faire plaisir.

Dans le but de :

- poser ou vérifier un diagnostic
- évaluer le stade d'une pathologie
- mettre en place et/ou réajuster le traitement.

6-Travail avec le réseau :

• Réseau intra-hospitalier :

Il se compose essentiellement de l'équipe des "Mimosas" :

- un médecin psychiatre et un médecin somaticien qui travaillent en étroite collaboration
- une cadre de santé
- 16 soignants (7 infirmiers, 7 aides-soignants, 2 agents de service hospitalier)
- une assistante sociale qui intervient dans l'élaboration et la concrétisation du projet de sortie par :
 - * la réalisation d'un bilan social individualisé (demande APPA, demande de tutelle, curatelle, sauvegarde de justice)
 - * la recherche de places en maison de retraite
 - * la rencontre avec les familles pour évoquer la situation sociale et financière du patient

• Réseau extrahospitalier :

Il se compose de :

- la famille : recherche de structure, aides ménagères, aides à domicile, infirmier libéral etc.)
- le tuteur ou curateur
- si un retour au domicile est envisagé, le SIAD, HAD, infirmier libéral principalement pour les soins de nursing et/ou observance des traitements

- les CMP : élaboration d'une fiche de liaison (Fiche inter-structure) résumant l'hospitalisation, la conduite à tenir, la fréquence du suivi et le traitement de sortie. Les limites sont celles du manque de collaboration avec les soignants des CMP. Nous rencontrons des difficultés liées principalement à la distance géographique qui sépare les CMP du centre hospitalier mais aussi à l'importante charge de travail à laquelle ils doivent, de plus en plus, faire face.

- les Maisons de Retraites :

* élaboration macro-cible de sortie présentant le patient, ses antécédents, son histoire, le résumé de l'hospitalisation, le traitement en cours + dossier administratif et médical pour demande de placement

* visite de pré-admission à la maison de retraite est organisée avec le ou les soignant(s) référent(s) du service.

* accompagnement du patient pour l'admission en institution par le ou les soignant(s) référent(s). Ceci nous semble primordial pour créer un lien avec la structure d'accueil et permettre la continuité des soins, comme un « passage de témoin ». Le but étant que l'équipe soignante accueillante sache qu'elle peut compter sur l'équipe des "Mimosas" pour aborder les problèmes rencontrés lors de la prise en charge ou évolution de la maladie.

Nous sommes sollicités par téléphone pour des conseils une orientation ou une réflexion sur la prise en charge.

Nous partons du principe que lorsque l'on accueille un patient venant de maison de retraite, la structure l'accueillera à nouveau à sa sortie. De même, lorsque l'on admet un patient en maison de retraite, nous nous engageons à organiser un suivi, soit par VAD par les équipes des CMP, soit en ré hospitalisant les patients en cas de problèmes rencontrés par la structure d'accueil.

Le suivi des patients admis en maison de retraite est plus facile que celui des patients qui retournent au domicile.

Nous pouvons donc nous demander :

Comment intégrer les CMP dans cette relation « un peu privilégiée » que nous entretenons avec les personnels des Maisons de retraite ? »





Intervention de Pierre Hélie

Cas de M. M. qui est né le 14/07/1938. Il réside à l'EHPAD de Maubert, à Flers depuis février 2006. La première prise en charge a lieu à l'hôpital général et rien n'évoque le futur problème psychiatrique dans le certificat médical du médecin traitant qui l'adresse en mars 2005 : il vient pour l'équilibrage d'un traitement pour hypertension artérielle. Il n'a aucun suivi psychiatrique connu de sa vie durant.

Il fait voir un mal-être par une tentative de suicide lors de cette hospitalisation, ce qui entraîne le premier séjour en service de psychiatrie. Il enchaîne depuis cette date :

- la prise en charge au domicile pendant 6 mois
- l'intégration à l'EHPAD
- les 9 séjours en service d'entrée de psychiatrie
- e suivi infirmier du CMP à l'EHPAD.

A la sortie de l'hôpital, en 2005, son maintien à domicile se révèle vite impossible mais celui en EHPAD également, conduisant aux multiples hospitalisations en service d'entrée.

Il est célibataire, sans enfants. Il a vécu pendant 20 ans avec un compagnon ; ils tenaient un commerce ensemble. Ses troubles sont liés au deuil de son ami disparu 2 ans auparavant. Il s'auto accuse de son décès.

Il a gardé des liens affectifs avec sa mère, son frère, sa sœur et un couple d'amis.

Il a été victime d'attouchements sexuels pendant son enfance.

Le premier diagnostic posé par le psychiatre est celui d'un syndrome anxio-dépressif majeur avec perte de l'élan vital, angoisse, repli, anorexie et troubles du contact. Après quelques mois de prise en charge, le diagnostic se précise avec un état dépressif sévère de type mélancolique avec idées délirantes de ruine, sentiment d'inutilité et indignité.

La prise en charge infirmière hebdomadaire à l'EHPAD assure un entretien avec M. M. et un soutien à l'équipe concernant son intégration dans l'institution. L'essai de prise en charge au GEMME n'aboutit pas car il refuse de s'y rendre. Il est sous tutelle, celle-ci est exercée par la tutrice de l'hôpital. Lors du passage du domicile à l'EHPAD, il y a eu nécessité d'assurer un accompagnement important par la tutrice et l'assistante sociale en lien avec la famille. Ont été mises en place des

réunions d'équipe pour parler de la pathologie de M. M. et des réunions avec une infirmière de l'EHPAD, le cadre, le CMP et M. M., lui-même. Ces réunions ont abouti à la rédaction d'un contrat.

M. M. va à la consultation du psychiatre au service d'entrée chaque mois, un infirmier du CMP y assiste. L'EHPAD assure le suivi somatique de M. M. et il a été évoqué la possibilité de troubles neurologiques par le psychiatre, mais ceci n'a pas été exploré.

Les séjours en service d'entrée servent de rupture qui désamorce les conflits liés à la présence de ce patient à la pathologie avérée, vivant dans un service de long séjour. Le mode de relation de M. M. avec le personnel de L'EHPAD est le clivage, le conflit, l'opposition, la transgression des interdits.

Il focalise sur son cas toute l'ambivalence de ce service à propos de la représentation du trouble psychiatrique et de l'orientation sexuelle. M. M. pousse effectivement l'exagération de ses troubles assez loin dans une alternance incessante entre la recherche de l'intégration et la recherche du rejet. En spécialisant la prise en charge par l'intervention de l'équipe de psychiatrie, on ne permet pas à l'équipe de L'EHPAD de se questionner sur les représentations des pathologies psychiatriques. La collectivité des personnes âgées, au sein de laquelle il vit désormais, vient réveiller chez lui un fonctionnement issu de l'enfance. Il abuse, désormais, de personnes vulnérables comme il l'a été dans l'institution religieuse où il séjournait enfant.

De service en service, depuis son admission en 2005, il a compris le fonctionnement et a pu s'adapter aux dysfonctionnements et, à sa façon, à la permissivité. On peut dire que sa toute puissance est sans limites, il a fait voler en éclats les cadres institutionnels du service où il vit. Récemment, une dixième hospitalisation en service d'entrée a été nécessaire mais le questionnement est important sur notre intervention en EHPAD.

- Quel rôle nous y fait-on jouer ? Faisons-nous partie de l'institution ou y sommes nous prestataires de service ? Amenons-nous de l'extériorité ou sommes-nous intégrés ?
- La mixité des pathologies psychiatriques avec les autres personnes âgées est-elle souhaitable ? Nous

entretiens peut-être le problème en les laissant vivre dans des services où leur rejet est flagrant. « Faites un service de psycho gériatrie » entendons-nous parfois de la part de nos collègues ou de la part de médecins.

- Comment intervenir auprès des personnes âgées qui débutent une pathologie psychiatrique en décompensant à leur arrivée en maison de retraite, par exemple ? Il n'est pas simple, pour nos collègues, de prévenir le(la) patient(e) qu'on va intervenir auprès de

lui(elle) pour un entretien. Il m'est arrivé d'entendre : « je vous envoie un copain pour parler avec vous » après avoir demandé à l'infirmière de prévenir que j'allais avoir un entretien avec son(sa) patient(e).

- L'article 4 de la charte des droits et des libertés de la personne âgée nous questionne sur notre présence auprès de M. M. quand il y est précisé : « la vie affective existe toujours, la vie sexuelle se maintient souvent au grand âge, il faut la respecter ».

Cas concret de Mme G.

Mme G. est âgée de 56 ans. Elle a été mariée pendant 13 ans puis a divorcé. Elle a été employée de bureau pendant 13 ans dans une usine de confection avant d'être reconnue en invalidité en 1992.

Le premier contact avec la psychiatrie était en 1983 pour des troubles délirants. Elle est hospitalisée 33 fois entre 1988 et 2009, elle a de nombreuses thérapeutiques mais sa pathologie chronique est invalidante et elle présente un délire résiduel et le maintien au domicile n'est plus possible.

Mme G. entre à L'EHPAD le 5 mars 2009, dans une petite unité de 15 lits où elle retrouve une autre patiente de psychiatrie qu'elle a connue en service d'entrée. Elle conserve une consultation de psychiatrie au CMP avec le médecin qui la suivait à l'hôpital. Dans les autres unités de l'EHPAD, 12 autres patients ont des parcours de vie similaires.

Ce service, un peu à l'écart des autres, a sa vie propre, ses rituels et les patients valides ont une activité de préparation des repas, la vie collective entre les patients et le personnel acquiert parfois le statut de famille de substitution.

Le parcours de Mme G., dans les premiers mois de son séjour à L'EHPAD, lui permet de se fondre, de se diluer et de gommer les principales aspérités de ses troubles psychiatriques (agitation, délire). Elle surprend parfois le personnel par son délire et réussit même à l'y faire adhérer : le thème principal tourne autour de la grossesse et le médecin du service avait prescrit un dosage de Bêta HCG, niant toute sa pathologie psychiatrique. Au final, la prise de sang n'a pas eu lieu car les infirmières ne l'ont pas jugée utile.

Elle nous affiche, à nous personnel psychiatrique, une normalité à laquelle on est les derniers à croire, la connaissant de longue date. Elle évite même soigneusement de nous croiser comme si elle voulait nier,

dans ce nouveau cadre de vie, ses années d'hospitalisation en psychiatrie.

Nous respectons ce fonctionnement et nous nous effaçons après un simple bonjour chaque mercredi lors de notre passage, mais nous prenons des nouvelles régulièrement. Récemment, après un an de lune de miel entre L'EHPAD et la patiente, la pathologie psychiatrique refait surface : le surnaturel revenant au galop. Nous lui avons proposé un entretien mais ce cadre ramène le délire et nous replace en tant que soignants en psychiatrie et non plus comme simples visiteurs. Il y a peu, nous avons été alertés par la tutrice et le médecin, effrayés par les dépenses et la prise de poids consécutives à la consommation addictive de bonbons et de gâteaux. Dans ce service où les patients sont autonomes, l'échange entre ceux qui mangent peu et ceux qui exagèrent se fait sans contrôle. Mme G. prend du poids et refuse les soins d'hygiène.

Parfois les troubles psychiatriques font écran entre le patient et le somaticien et ce dernier pense d'abord aux troubles psychiatriques comme étant la raison des troubles somatiques. On a du mal à persuader les somaticiens qu'un patient peut avoir des troubles somatiques indépendants des troubles psychiatriques. La tutrice et le médecin nous alertent et nous demandent de mettre un cadre dans une institution qui n'est pas la nôtre. N'ayant pas de contenant, Mme G. s'autorise, bien évidemment, ce qu'on ne lui interdit pas.

On ne peut pas se substituer au lieu d'accueil : on est de passage deux heures par semaine alors que nos collègues vivent au quotidien dans le service. La façon de se mettre à distance pour nos collègues est d'infantiliser les patients souffrant de troubles psychiatriques ou d'autoriser leurs déviances. Nous sommes là, ensemble, pour répondre à la question suivante : **comment maintenir une présence spécialisée et transmettre notre savoir être en ne souhaitant pas être à leur place ?**



EXPERIENCE D'UNE INSTITUTION SUR L'INTERVENTION SPECIALISEE : L'E.H.P.A.D. D'ATHIS DE L'ORNE



Maryline THEROUIN
Cadre de santé
EHPAD d'Athis de l'Orne

DESCRIPTION DE L'ÉTABLISSEMENT

Nous sommes en autonomie complète

- 90 Résidents (19 hommes/71 femmes de 60 ans à 103 ans)
- 5 secteurs sur 3 étages
- 66 chambres seules et 12 chambres doubles
- Autonomie : CUISINE/LINGERIE
- Personnel administratif
- Médecin coordonateur : Dr HAMON
- Cadre de santé : Mme THEROUIN Maryline
- Psychologue, Ergothérapeute, Animatrice.
- IDEs jour/nuit, AMP, AS, ASH, équipe ménage
- Personnel d'entretien et d'extérieur.

Au niveau de la dépendance, nous avons un GMP (Gir Moyen Pondéré) à 770. Nous avons 2 places d'accueil de jour et 1 place d'un accueil temporaire. Nous ne possédons pas d'unité « Alzheimer » ni d'unité sécurisée ; seulement un « jardin des sens » qui est un lieu d'accueil qui reçoit 12 personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Cet espace est en cours de labellisation P.A.S.A (Pôle d'activités de soins adaptés) pour 2010.

E.H.P.A.D. Du Sacré Cœur - ATHIS DE L'ORNE
Etablissement privé à but non lucratif
conventionné
Aide sociale et Allocation logement
Tél : 02/33/66/40/47
e-mail : maison-de-retraite-athis@wanadoo.fr



COMMENT SE RÉALISE UNE INSCRIPTION DANS NOTRE ÉTABLISSEMENT ?

- **Dossier d'inscription** pour demande d'admission
- **Visite du cadre de santé** en vue de la pré-admission sur le lieu de la demande (domicile, hôpital, centre de convalescence...)
- **Rencontre avec l'équipe soignante, Cadre, Médecin.**
- **Présentation et discussion avec la personne concernée** en compagnie ou non d'un membre de la famille.
- **Compléter le dossier de pré-admission.**

PRÉSENTATION DE 2 CAS CLINIQUES

Un cas clinique où la demande d'inscription provenait d'un service de convalescence en lien avec le service de psychiatrie de FLERS, et un autre où la demande d'intervention des IDE du CMP de FLERS émanait de notre établissement.

Mme M. : Maladie mal étiquetée. Maladie neurodégénérative type « Maladie à corps de Lewy » ou psychose vieillissante ou syndrome anxio dépressif, troubles du comportement d'origine psychiatrique.

Mme V. : Maladie étiquetée : maladie d'Alzheimer, avec symptômes anxio dépressifs et psychosomatiques. Elle exprime clairement sa tristesse avec les entretiens des IDE du CMP, parle de ses amis disparus, évoque des idées de mort, « j'ai 87 ans et maman est morte à 90 ans ! ».

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE de Mesdames M. et V.

Explications de la demande d'inscription et de l'essai d'intégration de Mme M. (63 ans) à l'E.H.P.A.D. d'ATHIS de l'Orne. Description de Mme M. et mise en place d'un projet de vie individualisé avec animations occupationnelles et encadrement.

Photos de Mme M. qui met le couvert en salle à manger le midi et le soir et photo lorsqu'elle débarrasse la table. Essai à la lingerie mais non concluant : n'arrivait pas à se concentrer et dépendait des lingères. Nous avons tenu compte de ses habitudes de vie à la maison.

Mme M. est suivie régulièrement par le CMP de Flers :

- 1 visite par semaine à la M.D.R. d'Athis par 2 IDE du CMP pendant les premiers mois puis 1 fois/mois
- actuellement 1 fois/trimestre par le psychiatre.

Evaluation de l'intervention : amélioration du comportement (l'agitation) et des troubles anxio dépressifs. Disparition des hallucinations visuelles et des délires (neuroleptiques)

→ S'est bien intégrée au sein de la structure et a trouvé ses repères. Elle va à l'extérieur avec une autre résidente et actuellement s'intègre au groupe pour sorties extérieures.

MME V. : 88 ans, est entrée à la M.D.R. d'Athis le 01/03/2002 pour perte d'autonomie en relation avec une maladie d'Alzheimer et un syndrome anxio-dépressif. Les troubles du comportement se sont majorés malgré un suivi annuel du psychiatre ce qui a nécessité en 2010 une aide supplémentaire du CMP. Cela répondait à la souffrance de Mme M. qui avait des symptômes physiques (sensations de brûlures malgré tous les examens médicaux !!!), souffrance de la famille (chantage affectif avec sa fille téléphone en continu...)

• 1 visite par semaine depuis 3 mois par les IDE du CMP (photo de Mme V. avec 1 IDE du CMP de Flers)

Evaluation de l'intervention : légère amélioration des troubles anxio-dépressifs avec à la fois l'ajustement du traitement par le psychiatre et le soutien psychothérapeutique par les IDE du CMP.

→ A ce jour maintien des entretiens hebdomadaires par le CMP.

Une prise de recul pour la fille (entretien à la Maison de Retraite réalisé par le psychologue et le cadre de santé à sa demande), implication d'un autre membre de la famille (son fils) qui l'a accompagné pour sa visite chez le psychiatre. A ce jour elle est toujours suivie par le psychologue de la maison de retraite.

BÉNÉFICES DU PARTENARIAT

- Au niveau des résidents :
- Meilleure prise en charge partagée avec tous les acteurs du soin
- Evite les hospitalisations non programmées
- Favorise la stabilisation ou la guérison des pathologies.
- Au niveau des familles :
- Donne des réponses à la pathologie de leurs parents
- Une sécurité en relation avec la bonne prise en charge
- Représente une qualité de soins.
- Au niveau du personnel :
- Apprendre à faire face plus sereinement à l'agressivité et aux troubles du comportement
- Apprendre à travailler avec des structures partenaires de soins
- Créer un réseau de soutien aux personnes atteintes de troubles psychiatriques en E.H.P.A.D
- Assurer un suivi médical partagé.

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, le partenariat avec l'équipe de psychiatrie de FLERS est particulièrement bénéfique à la fois pour les résidents, le personnel soignant et les familles.

Les E.H.P.A.D. peuvent admettre des psychoses vieillissantes après toujours des périodes d'essais et avec la coopération de l'équipe psychiatrique qui doit répondre à la moindre difficulté concernant le résident ou le personnel.

Nous comptons donc multiplier les interventions dans l'avenir et les formaliser sous la forme d'une convention qui servira de modèle pour d'autres partenariats.

RÉFLEXIONS PERSONNELLES

Exposé agrémenté de l'expérience vécue au quotidien par les soignants d'Athis. Partage des savoirs de l'équipe du CMP de Flers avec les IDE de la maison de retraite et parfois avec les AS/ASH. Mon rôle de cadre a été de sensibiliser l'équipe aux problèmes psychiatriques par l'accueil de Mme M. en lien avec le service de psychiatrie de Flers. Etant une ancienne hospitalière, j'ai maintenu les liens et les réseaux de soins afin d'obtenir une meilleure prise en charge de certains résidents. Cela me permet d'avoir des réponses et une aide face aux difficultés rencontrées par l'équipe et les familles. Les infirmiers du CMP de Flers sont intégrés dans le parcours de soin de Mme M. et de Mme V. Ils représentent plus qu'un prestataire de service. Il a fallu que j'explique le rôle des IDE du CMP afin de faire comprendre la prise en charge spécifique que requièrent les patients avec troubles psychiatriques.

Le rôle des médecins traitants ne doit pas être oublié (16 interviennent au sein de l'E.H.P.A.D du Sacré-cœur d'Athis) ni celui du psychiatre. Ils sont « parties prenantes » dans cette prise en charge spécifique.

Actuellement nous accueillons des personnes handicapées psychiques âgées de 60 ans (2 dans notre établissement) et se trouvant parmi des personnes âgées de plus de 90 ans. Se pose un nouveau problème de prise en charge de ces personnes qui ont des besoins bien spécifiques dus à leur encadrement ultérieur ou à leur travail précédent et ont encore des capacités physiques, psychiques et cognitives.

Comme le signale le Dr Oury, psychiatre de Flers, l'E.H.P.A.D est un lieu de résidence protégée mais où l'on se heurte à des difficultés face à la maladie mentale qui reproduit un système de vie et un système relationnel.

Cette journée a permis de se rencontrer entre professionnels du soin, de confronter les difficultés de chacun, d'apporter des réponses ou des réflexions mais avant tout elle a permis de dire que vieillesse et psychiatrie sont compatibles grâce à un accueil individualisé pour le bien du résident et la cohérence commune du soin.



Régine POTTIER

Infirmière
CMP Flers

C'est pour répondre à ce droit que nous sommes, aujourd'hui, amenés à parler de Monsieur A., né le 4 septembre 1945, célibataire, ayant travaillé comme aide familial sur la ferme parentale avant d'être en invalidité à 80 % en 1975. Il souffre de schizophrénie paranoïde déficitaire.

Monsieur A. est hospitalisé en Mayenne en 1971 pour dépression, il a 26 ans. En 1974, il est hospitalisé au CPO pendant presque trois ans après un épisode violent envers sa mère, il est mis sous Neuroleptique retard. On note une autre hospitalisation de trois semaines en 1986.

Sur le plan familial, son père est décédé en 1963 à l'âge de 50 ans d'un problème cardiaque et Monsieur A. a vécu avec sa mère jusqu'en 2000. Il est le dernier d'une fratrie de quatre enfants, deux frères et une sœur qui est sa tutrice.

Monsieur A. présente des plaintes somatiques, des angoisses, des troubles de la pensée qu'il rationalise et qu'il banalise. Il a des hallucinations auditives et développe des thèmes de persécution par la famille.

En 2000, sa mère est hospitalisée pour un accident vasculaire cérébral, une dérogation est demandée pour une admission en maison de retraite. Il est admis aux Tilleuls, en avril 2000. L'adaptation dans la structure est bonne, il se sent un peu persécuté par les autres résidents, surtout ceux qui sont déficients ou malades mentaux. Il sort les après-midis pour rendre visite à sa mère. Elle décède en 2004.

Il est suivi par un psychiatre du secteur qui lui prescrit un Neuroleptique oral, en prise quotidienne et un traitement retard injectable, toutes les quatre semaines.

En 2009, Monsieur A. présente un comportement insistant, il rackette les voisins et les autres pensionnaires, il revendique des tas de choses et fait des achats inadaptés : lampe à pétrole et pétrole... qu'il voulait allumer dans sa chambre. Il a un comportement de potomanie, il perd 20 kilos en deux ans. En fait, il avait réussi à faire baisser la posologie de son traitement neuroleptique quotidien par deux.

CAS CONCRET : Monsieur A.

Dans la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, l'article VI prévoit que la personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

Il finit par obtenir l'autorisation de jardiner un coin de terre qui lui est attribué, il investit tout l'espace en essayant de déborder des limites définies. Il fait pousser des légumes et les vend.

Par rapport à l'activité jardinage, en accédant au souhait de Monsieur A., l'équipe n'a pas mis de limites. Le jardin était prévu pour plusieurs résidents mais Monsieur A. se l'est accaparé en affirmant que personne d'autre ne souhaiter jardiner. Il a, en fait, obtenu un statut à part, il n'est pas comme les autres, il tire profit de son jardin en vendant de façon plus ou moins insistante, ses légumes au voisinage. Avec l'argent, il achète des lampes, des postes anciens, des montres anciennes, des briquets dans les brocantes, ce qui fait lien avec son passé et son désir de recréer le décor de la maison qu'il a connue chez sa mère.

Le médecin et l'équipe de la maison de retraite demandent alors au psychiatre d'établir un contrat de soins pour poser les limites par rapport à :

- l'activité jardinage
- s'engager à ne pas fumer dans les locaux
- respecter les horaires des repas et des sorties
- prendre le traitement
- s'engager à respecter les rendez-vous avec les infirmiers du CMP
- veiller à ne pas apporter d'objets dangereux dans sa chambre.

Nous le rencontrons chaque semaine, il nous répète les mêmes choses sur les autres résidents avec les mêmes thèmes de persécution sans jamais pouvoir se remettre en cause et en se présentant toujours sous un bon jour et en banalisant ce qui pourrait être dérangeant.

Il reste dans la toute puissance, tout en niant sa pathologie. Il insiste pour faire l'entretien dans le bureau du médecin afin de voir les lampes qui lui ont été confisquées. Il essaie de nous utiliser pour les récupérer.

Ce qui n'est pas dit dans la chanson :

- l'interdiction de vendre ses légumes n'est pas clairement énoncée dans le contrat
- si le contrat n'est pas respecté, quelles sanctions encourt-il ? sera-t-il changé de chambre ? le jardin sera-t-il supprimé ?

NOS REMARQUES ET QUESTIONNEMENTS

Monsieur A. a une certaine façade, il n'a pas trop de difficultés à donner le change dans la communication à l'autre, il est souriant et peut être sympathique. Cela a contribué à masquer les signes de la maladie. L'équipe et le résidant ont nié la maladie psychiatrique.

D'autre part, il n'y a pas eu, en amont, un travail de réflexion ou de concertation avec l'équipe de psychiatrie pour voir : les modalités de l'atelier jardinage, la nécessité d'un accompagnement par des soignants ou un animateur, cela aurait évité l'appropriation des lieux par Monsieur A.

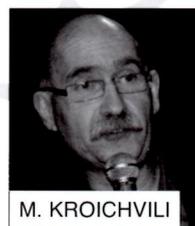
Le contrat de soins a pour conséquence une rigidité et une limitation de la liberté de Monsieur A, par exemple, au moment de la fête de la musique, il n'a pas pu s'y rendre car son contrat stipulait une heure de retour précise sans possibilité de dérogation.

Quel rôle veut-on nous faire jouer ?

Est-ce celui de policier ? Celui de magicien ? Pourtant nous n'avons pas de baguette magique, ni de pouvoir de persuasion hors du commun. On nous demande aussi des conseils, soit pour adapter une technique relationnelle, soit une recette qui pourrait être appliquée à chaque situation.

Quelques suggestions

- Avoir un temps commun de réflexion pluridisciplinaire et une approche globale de la prise en charge de Monsieur A. En préparant cette intervention avec la psychologue de l'EHPAD, nous avons découvert qu'elle voyait Monsieur A. en entretien chaque semaine depuis six mois, pour travailler le fait de respecter les lieux non-fumeurs et de limiter sa tendance à la collectionnisme.
- Il aurait été souhaitable d'impliquer la tutrice dans le projet de vie, plus que de mettre en place un contrat de soins car elle est garante de la gestion de l'argent et du respect de la loi et des règlements.
- Il aurait, peut-être, été plus judicieux que Monsieur A. loue un jardin ouvrier en dehors du périmètre de la maison de retraite.
- Il nous paraît essentiel de former, d'informer le personnel, y compris les médecins, sur la pathologie psychiatrique afin d'éviter une évaluation erronée de l'autonomie psychique des résidents.
- A éviter de la part des soignants : le rejet, la toute puissance soignante, les incohérences, le laxisme ou la rigidité, l'épuisement, les jugements, etc.
- A éviter au résidant : la souffrance, la violence, la frustration, la déprime, etc.





LE TEMPS DU DEUIL

Jean-Pierre VIVIER
Directeur CHS Caen

Quelques mots pour ouvrir la Journée Croix Marine

De longue date le CHS de Caen est engagé avec la Fédération Croix Marine qui promeut une certaine vision humaniste de la psychiatrie.

Cette adhésion s'est trouvée renforcée récemment puisque, au gré du changement de Président (Dr Toulouse) et de trésorier (M. Alcaïna) de l'association régionale, cette Association est désormais domiciliée au CHS de Caen.

C'est donc tout naturellement que le directeur du CHS de Caen est heureux d'accueillir cette journée régionale Croix Marine en ses murs.

Quelques mots sur les murs justement puisqu'on ne peut pas passer à côté des transformations, de la métamorphose qui s'opère dans notre Etablissement. Il y a les murs qui tombent avec peut-être un peu de nostalgie mais il y a surtout les murs en construction, notamment l'édification de trois services d'hospitalisation où accueillir, dans des conditions plus humaines, les patients de trois secteurs du Calvados. Ces constructions complètent celle de la construction ou de la réhabilitation des autres services d'entrée dans les dernières années. Ainsi, en moins de 10 ans tous les services d'entrée auront été transformés pour favoriser un accueil plus humain et plus conforme à ce que nos patients peuvent attendre d'hôpital du XXI^e siècle.

Est-ce parce qu'on est en novembre que le thème de cette journée est le deuil ?

Depuis longtemps les soignants, médecins et paramédicaux, sont engagés sur cette question dans notre hôpital. Ainsi le CHS est partenaire de l'Association "Vivre son deuil". Partenariat concret puisqu'il met à disposition de cette association deux infirmiers pour un équivalent temps plein. Cette association vous sera d'ailleurs présentée tout à l'heure.

Je vous souhaite une journée intéressante et fructueuse de travail et de rencontre et je laisse la parole au Dr Crété, vice-président de l'Association "Croix Marine".



Pascal CRETE

Psychiatre

Vice-président de l'association
"Croix Marine Basse-Normandie"

Au nom de l'association "Croix-Marine Basse-Normandie", je vous souhaite la bienvenue à cette nouvelle journée de formation. Après la précédente journée qui s'est déroulée à Flers sur la question du vieillissement en institution, c'est à CAEN que nous nous retrouvons aujourd'hui et je remercie la direction du CHS de Caen de nous avoir prêté cette salle de spectacles. Je remercie aussi le Docteur Annette DANJOU, psychiatre chef du Pôle de Pédopsychiatrie des Etablissements Hospitaliers du Bessin, d'avoir accepté d'être à mes côtés pour assurer la fonction d'animation et de fil rouge tout au long de cette journée. Il est vrai que dans un premier temps, nous avions souhaité que cette journée puisse se dérouler à Bayeux, mais Bayeux ne disposait pas de salle suffisamment grande pour nous accueillir ; aussi avons-nous déplacé la journée à Caen, tout en laissant à Annette DANJOU et à son équipe une place importante compte tenu de leur travail mené collectivement depuis plusieurs années sur le thème qui nous rassemble aujourd'hui.

Parce que le deuil est une expérience au plus au point subjective, singulière et profondément marquée de notre humanité, nous avons voulu consacrer cette journée de travail et de réflexion clinique à cette question. Le deuil touche chacun d'entre nous mais chacun réagit différemment face à la mort et à la perte de l'autre. Chaque sujet traverse les différentes étapes du deuil selon des modalités qui combinent plusieurs éléments : les circonstances de la perte (maladie, grand âge, suicide...), le degré d'attachement à l'être

aimé et disparu, l'âge de la personne disparue et notre propre âge au moment du deuil, notre structure de personnalité et les conditions sociales et environnementales dans lesquelles le processus de deuil pourra, ou ne pourra pas, s'élaborer.

Si le deuil est un état de profond déséquilibre psychique qui bouscule notre organisation structurelle de personnalité, il n'est pas, en soi, un état pathologique.

En 1915, FREUD écrit ce texte essentiel, intitulé « **Deuil et Mélancolie** » dans lequel il emploie le terme de *travail de deuil* pour décrire ce travail d'élaboration psychique par liaison de représentations psychiques, notamment traumatisantes. Ce terme de travail de deuil, – au sens de l'économie générale de Georges BATAILLE, c'est-à-dire d'un travail du négatif, vivant et inévaluable au sens comptable – est pourtant réel et essentiel car il souligne l'existence d'un processus psychique qui se déroule selon une temporalité ; temporalité variable selon chacun, mais nécessairement longue.

Pourtant, nous savons que certains deuils « manqués » conduisent les personnes vers des états dépressifs, voire mélancoliques, des décompensations graves, nécessitant alors des soins psychiatriques.

Que le deuil soit vécu de manière normale – c'est-à-dire schématiquement trois phases : la perte réelle accompagnée d'une douleur aigue, la période dépressive normale puis la reconstruction – ou conduite à un état pathologique, la question de l'accompagnement est une question toujours présente ; l'accompagnement par ses proches, famille et amis, par des professionnels, éventuellement par des associations attentionnées à cette question.

La nécessité d'accompagnement est liée à cette dimension humaine de l'expérience de confrontation à la mort, à cette nécessaire élaboration de l'irreprésentabilité première que constitue la disparition de l'autre. L'autre s'efface réellement et appelle de l'Autre dans sa fonction signifiante de présence.

En ce sens, l'accompagnement du deuil interroge le lien social et les solidarités. Dans notre société marchande où l'objet, réel et psychique, est surinvesti au point où le manque n'est plus supportable, nous nous interrogeons sur la place laissée au travail de deuil du sujet. Comment faire son deuil, lorsque la cadence existentielle est aux prises essentiellement avec la production et la logique marchande, et impose de ne pas perdre de temps, de ne pas se laisser aller à la dépression normale, de se tenir à distance de ses mouvements affectifs de tristesse, de colère ? Que dire du recours souvent trop systématique aux traitements psychotropes pour taire les symptômes pourtant nécessaires à l'élaboration de l'épreuve ? Que dire enfin du rapport entre l'état actuel de notre société dont les conditions de travail au sens capitaliste traduisent bien un rapport majeur d'aliénation sociale et cette nécessaire temporalité du deuil qui amène le sujet à travailler sur une autre scène, celle du travail psychique ?

Le deuil n'est pas seulement un processus subjectif qui traverse et travaille le sujet, il s'inscrit aussi dans un contexte social qui le modifie, voire le surdétermine.

C'est bien en ce sens que les rituels du deuil énoncent ce qu'il en est véritablement de la manière dont une société traite ses questions d'humanité et de civilisation.

Pour nous accompagner tout au long de cette journée dans nos questions et réflexions, nous avons invité des professionnels qui se sont interrogés sur ces questions et ont une longue pratique de l'écoute et de l'accompagnement.

Le docteur Annette DANJOU interviendra sur cette question justement des Temps du deuil à la lumière de son expérience dans ce domaine puisqu'elle a fondé et animé le groupe associatif d'accompagnement des endeuillés intitulé « Deuils et Paroles ».

Puis Mesdames Geneviève CAILLY et Annette CHEVALIER de l'Association "Vivre son deuil" nous présenteront comment les bénévoles de ce collectif interviennent dans le soutien aux personnes endeuillées. L'Association "Vivre son deuil" est une association nationale avec des antennes locales dont celle de BN. Après la pause, Monsieur Marc-Elie HUON, psychologue au CHU de BREST, abordera dans une lecture plus psychanalytique, le deuil dans le contexte du suicide, situation particulièrement traumatique.

Après le déjeuner, Madame Françoise FELIN, infirmière et cadre de santé abordera la question du grand âge, question souvent banalisée, méconnue du fait de la proximité imminente de la mort et pourtant c'est une problématique qui se pose réellement et qui, face à l'allongement de la durée de la vie, nous interroge tout particulièrement.

Enfin, nous laisserons une large place aux deux équipes du secteur de psychiatrie infantile de BAYEUX, Mesdames Nelly ACCARD, Nathalie HISSEN et Martine VARLET, pour présenter l'ELAN et le PETIT ELAN, deux groupes d'accompagnement pour enfants et adolescents endeuillés. Chaque équipe présentera son dispositif en précisant les spécificités cliniques du deuil chez l'enfant et chez l'adolescent.



BENEVOLE **G. CAILLY**
VIVRE SON DEUIL BASSE NORMANDIE INFIRMIERE
VIVRE SON DEUIL BASSE NORMANDIE



LA SPÉCIFICITÉ DU DEUIL CHEZ LES ADOLESCENTS

Nelly Accard - Martine Varlet - Nathalie Hissen
CMPEA Bayeux - Psychologues

Tout en gardant les grandes lignes d'expression communes, les deuils sont différents au cours de l'enfance, de l'adolescence, de la vie d'adulte et durant la vieillesse.

Cependant la représentation de la mort durant l'enfance et à l'adolescence est encore fortement liée aux angoisses de séparation.

Penser perdre un objet, un parent ou un ami équivaut au fantasme de perdre une partie de soi, de son corps et de sa psyché. Sans cet objet ou cette personne qui leur est cher, l'enfant et l'adolescent se ressentent comme incapables de survivre et de mener à bien leur présent et leur avenir. Sans l'autre on risque de ne plus exister. Si cela perdure, cela signe une fragilité narcissique qui a empêché la subjectivation de l'individu qui doit être acquise à la fin de l'adolescence, qui équivaut à être dans la capacité de vivre seul et en toute indépendance financière et sociale.

Dans ce sens, l'épreuve de la séparation est une des tâches psychiques les plus importantes à réaliser pour le jeune : il lui faut pouvoir se séparer des personnes auxquelles il s'est attaché, sans vivre cela comme une perte désorganisatrice de lui-même.

Petit à petit il s'est construit en se nourrissant des autres par le jeu des identifications primaires et secondaires. Il faut que cette nourriture, même après la séparation reste présente à l'intérieur de lui.

Cependant, quel que soit son niveau de structure interne, la perte d'un proche vient toujours faire effraction, faire interférence traumatique dans la vie de l'adolescent qui l'éprouve.

QUE SE PASSE-T-IL PLUS PRÉCISÉMENT À L'ADOLESCENCE ?

La dynamique de l'adolescence implique des remaniements et des dangers liés à un déséquilibre temporaire. Il se trouve que le deuil est aussi une période de déséquilibre et de mise en danger. Le chagrin du deuil est un facteur supplémentaire de désorganisation. La rencontre de ces deux situations accroît ces difficultés et ces dangers, en particulier lorsque la relation antérieure était déjà problématique voire pathologique.

L'adolescent pense volontiers à la mort, à la sienne, à celle de ses parents, de ses proches et ceci dans un contexte dépressif ou agressif. Pour Winnicott, l'adolescence consiste à prendre la place de ses parents. L'adolescence implique un meurtre : la mort symbolique de ses parents. L'ado a à prendre conscience de

son ambivalence pulsionnelle à l'égard de ses objets idéaux œdipiens. Cette prise de conscience implique l'accès aux conflits internes, à la subjectivation et à la souffrance dépressive.

On peut insister sur le caractère hautement problématique du deuil à l'époque de l'adolescence.

L'adolescence apparaît comme un moment critique où se voit réactivée une problématique de dépendance aux premières figures d'attachement. Il est vrai que le processus de l'adolescence confronte le sujet à la nécessité de se détacher de ses premiers objets d'amour afin de parvenir dans un second temps à un investissement objectal c'est-à-dire un investissement amoureux ou un idéal du Moi en dehors de la sphère familiale.

L'adolescence est une période de plus grande vulnérabilité avec de surcroît bien des parents dépassés par les manifestations de leur enfant et souvent désarmés lorsqu'ils doivent l'aider lors des moments difficiles. Mais l'adolescence est également un moment dynamique de changements, de remaniements, de transformations et de créativité.

L'ADOLESCENT ENDEUILLÉ

Les expressions du deuil sont plus proches de celles des adultes que des enfants et connaissent les 3 moments de choc, de réaction dépressive et d'apaisement avec une issue créatrice.

Mais d'une manière générale les ados font une partie de leur deuil à la maison et l'autre partie à l'extérieur, entre adolescents. Le jeune a besoin de trouver à l'extérieur de chez lui un soutien, un réconfort puisqu'il est dans une logique développementale et subjectivante de détachement de ses appuis familiaux.

Leurs manifestations sont souvent paradoxales : soit ils ne dévoilent rien de leur chagrin soit ils s'effondrent sous l'effet de l'intensité de leur douleur.

Dans le deuil, l'adolescent peut s'y noyer. Il peut vivre un raz de marée avec remontée à la surface de toutes ses angoisses infantiles non résolues. Le deuil est alors vécu à cette période de recherche de contenance comme un éclatement. La perte de l'être cher vient faire intrusion et peut faire exploser ses enveloppes psychique et corporelle.

Le deuil reste toujours difficile quand le contexte familial est déjà fragile et dans l'insécurité (échec scolaire, parents divorcés, parents en conflit, problèmes financiers etc.).

Il faut se rappeler d'autre part qu'un deuil peut en cacher de plus anciens qui, vécus plus jeunes, n'ont pas pu être menés à terme et qui resurgissent plus fortement encore.

Comme nous l'avons déjà évoqué, la nature du deuil et son évolution sont conditionnées par la qualité de la relation qui existait entre l'adolescent et le défunt.

L'intensité de l'ambivalence rend l'élaboration du deuil plus difficile. Or cela renvoie à une quelconque défaillance dans la relation aux parents (parents abandonniques ou surprotecteurs). Le deuil le plus difficile reste celui dont le parent décédé avait entravé le déroulement normal du complexe d'Œdipe par des relations à consonance incestueuse.

Il arrive que l'adolescent n'exprime pas son chagrin afin de soutenir son parent survivant en prenant la place du parent mort. Cette position est le plus souvent dommageable pour son équilibre psychique et peut avoir des conséquences affectives et sociales.

La dépression du deuil (tristesse et abattement) se manifeste bien plus chez l'ado que chez l'enfant, elle a tendance à déborder sur son comportement, son caractère et sur sa santé.

Dans la première partie du deuil il existe une augmentation des risques, une tendance à se mettre en danger avec le désir de rejoindre le disparu. Il s'agit d'une forme de deuil compliqué et pathologique comme punition à être resté en vie.

Il y a une augmentation du risque de passage à l'acte chez les ados déjà en difficulté. Le chagrin de la perte augmente statistiquement le risque suicidaire.

La douleur chez un ado est plus forte ainsi que sa dépression. Il est déconcerté et dépassé par l'intensité de ses émotions qu'il a l'habitude de réprimer. Sa tendance ira vers l'inhibition et le retrait, la torpeur avec de temps en temps des sursauts vers l'agressivité, le ressentiment et la revendication.

Enfin pour échapper à une régression massive, l'ado va s'adultériser de manière prématurée.

RENCONTRE EN PROCESSUS D'ADOLESCENCE ET PROCESSUS DE DEUIL

Le malheur du deuil va se coller à celle de l'adolescence en souffrance.

Une double entrave s'opère. D'une part le travail de deuil va venir ralentir et même empêcher le processus de l'adolescence et d'autre part le processus de l'adolescence va gêner le travail de deuil.

1- Le décès d'un parent au moment de l'adolescence interfère avec les mouvements pulsionnels qui caractérisent le travail psychique propre à cet âge. C'est le cas particulier du travail de désidérialisation parentale qui est le premier temps du meurtre symbolique, temps indispensable pour construire son idéal du moi en le dégageant de l'idéal infantile. Il n'est pas possible de disqualifier un mort surtout lorsque l'enfant vient juste de faire son entrée dans l'adolescence et qu'il a à peine commencé à attaquer la figure de son parent avant le décès. La culpabilité en est alors exacerbée, elle renforce le conflit névrotique, accentue la sévérité surmoïque et le sentiment de honte narcissique.

2-L'adolescence interfère avec le travail de deuil. L'ado s'accroche de façon particulièrement intense à la figure du mort et du coup se refuse à le tuer symboliquement, c'est-à-dire à engager le travail de deuil. La recherche de son identité personnelle et sexuelle mobilise tous les champs de la pensée de l'adolescent. L'énergie utile pour déployer le travail de deuil en est restreinte.

Ce double court-circuitage est une source de souffrance aiguë et prolongée.

Le travail de deuil repose essentiellement sur l'élaboration des sentiments de haine à l'égard de l'objet. Or l'adolescence est une période de grande ambivalence. L'idéalisation du défunt est une défense pour mettre à distance tous les mauvais souvenirs. Les ados ne supportent pas que l'on critique un temps soit peu le défunt qui n'a pourtant pas été exempt de comportement parfois délétère.

Le deuil vient perturber les contre-identifications ou les identifications en opposition qui sont nécessaires à sa subjectivation. La mort du parent crée une faille, un vide qui ne sera pas comblé par les identifications latérales ultérieures. De plus un parent qui meurt est un parent dévalué, cassé, diminué, faillible, auquel il est préférable de ne pas trop s'identifier au risque de partager son sort.



Annette DANJOU
Psychiatre
Pôle de pédopsychiatrie des
Etablissements
Hospitaliers du
Bessin





Nelly ACCARD

Psychologue
CMPEA Bayeux

LE GROUPE D'ADOLESCENTS ENDEUILLÉS "L'ÉLAN"

« *Il ne faut pas manquer le moment fécond qui permet de faire glisser l'adolescent du bon côté de la crête étroite sur laquelle il chemine* » Pierre Mâle dans *Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence - in confrontations psychiatriques* n°7 1971

Nous avons ouvert ce groupe avec Annette en 2005. Nous recevions beaucoup d'adolescents en consultation individuelle où les échanges n'étaient pas toujours aisés. De plus nous recevions régulièrement des appels d'établissements scolaires qui ne savaient pas comment soutenir les jeunes lors de décès d'un camarade ou d'un parent.

Nous sentions la nécessité de leur apporter un espace moins conventionnel qu'un bureau et plus adapté à leur façon de vivre et de régler leur problème. Nous avons donc naturellement pensé à un groupe, puisqu'à cet âge-là c'est dans un groupe de compères qu'ils se sentent le mieux.

Nous avons jeté les bases puis nous construisons, au fur et à mesure, ce groupe avec l'aide des adolescents qui n'hésitent pas à nous indiquer ce qui leur convient ou pas dans cet accueil.

Le but de ce groupe est d'amener l'adolescent à dérouler, avec l'aide des autres, toutes les émotions qui l'étreignent et qui l'empêchent de surmonter le traumatisme que représente pour lui la perte d'un être cher.

Pour cela, nous lui proposons un cadre contenant et tout un panel d'activités qui vont faciliter l'émergence de ses paroles libératrices.

Ce groupe s'adresse aux jeunes de 11 ans à 18 ans, âges qui correspondent au collège et au lycée. C'est un **groupe ouvert** selon la volonté des adolescents. Cela implique l'accueil d'un ou de plusieurs jeunes à tout moment du groupe. La conséquence directe réside dans la difficulté de recréer une nouvelle dynamique à chaque nouvel accueil. Il permet également à chaque personne de pouvoir quitter le groupe au moment où il le décide après l'avoir annoncé. Cela présente l'avantage pour le jeune de maîtriser un arrêt, sans avoir encore une fois à subir une fin, qui reste toujours déchirante s'il ne s'y sent pas prêt.

La venue de fratries est possible et fréquente. Elle permet au sein d'une même famille de cheminer ensemble et de consolider l'évolution émotionnelle de chacun en dehors du groupe. Nous assistons à des nouvelles alliances fraternelles suscitées par le décès et optimisées par la dynamique du groupe, car dans le groupe ça parle et ça se parle, aussi bien les conflits que les élans affectifs.

Nous voyons les adolescents une fois avant, seul ou avec ses parents, pour lui proposer et décrire le groupe. Il se passe le Mardi soir de 19h à 21h une fois tous les 15 jours. Les ados sont amenés par l'un de leurs parents ou une nourrice si le jeune est placé.

L'arrivée dans le groupe est symbolisée par le port d'un **badge** plastifié avec le prénom de chaque participant qui est confectionné et décoré auparavant à son goût. Le badge autour du cou indique que chaque participant est là pour une chose précise : c'est la perte d'une personne significative qui nous réunit. Cette cause sera questionnée même si aucune réponse formelle n'est exigée.

Chaque adolescent a à sa disposition un grand cahier dans lequel il peut écrire, dessiner à sa guise avec la promesse qu'il ne sera jamais regardé par quiconque. Ce cahier nous est confié à chaque fin de groupe et emmené par son propriétaire le jour de son départ définitif. Nous préconisons d'y inscrire la date du jour pour historiciser leur évolution si un jour le désir leur vient de le relire.

Nous nous retrouvons autour d'une grande table sur laquelle sont à disposition des crayons, feutres et stylos. Après des échanges de bienvenue nous écoutons un **morceau de musique** choisi par un adolescent ou par nous-même. Ce morceau peut être en lien avec un souvenir rapporté au défunt ou avec le goût actuel des jeunes.

Après ce temps de recueil collectif, nous invitons les jeunes à aller choisir **3 étiquettes** parmi de nombreuses autres, sur lesquelles sont inscrits des mots uniques, symbolisant des états affectifs divers, des actions, des verbes, des objets, des signes. Lorsqu'un ado arrive pour la première fois, ses compères lui lisent les **règles du groupe**, puis on lui demande de choisir 5 étiquettes pour lui laisser plus de temps pour s'exprimer. De plus nous pensons qu'au tout début de l'accompagnement, le jeune est encore envahi par de nombreux sentiments massifs mais flous et parfois contradictoires. Le choix lui est donc plus difficile ne sachant pas très bien par quoi commencer.

Ces mots sont censés rassembler le maximum de choses qui puissent être en lien avec ce que ressentent les jeunes au fur et à mesure de leur cheminement.

Ils inscrivent sur leur cahier les mots choisis et prennent la parole pour les présenter au groupe. Ces mots sont choisis selon leur humeur du jour. Chaque

commentaire est suivi d'une interpellation au groupe ; qu'est-ce qu'en pense tel ou tel selon les similitudes ou les différences de pensée de chacun.

Ce temps-là est très investi par les adolescents. La spontanéité des plus jeunes réveille la réserve des plus âgés.

Les thèmes abordés, tout en étant divers, sont très souvent en lien avec l'affect de la dépression. L'angoisse du vide et du rien et le sentiment d'être incapable de vivre autre chose que le profond désespoir sont forts et tenaces car ils tiennent à la fois de l'état de deuil et des conflits internes de l'adolescence.

Tout en étant forts de leur résistance à la régression, ils témoignent, par l'attachement au groupe, leur extrême fragilité et leur grand besoin de maternage et de soutien en ces moments pénibles.

Ils supportent difficilement nos absences au de-là du rythme convenu.

Les autres thèmes se rapportent aux relations avec leur famille et leurs amis, leur condition nouvelle d'endeuillé qui les expose le plus souvent à l'exclusion des autres. Des questions spécifiques comme les fantômes ou la nature de l'au-delà sont débattues avec engouement et inquiétude.

Il est à noter le respect qui se dégage de ce temps de paroles et d'écoute. On ressent une réelle atmosphère de sérieux et de soutien mutuel. Les réflexions exprimées sont d'une grande qualité. Personne n'apparaît comme à côté de la plaque. La réalité du présent est très forte. Leur sincérité est remarquable et nous touche par la maturité de leurs propos, même chez les plus jeunes.

Nous avons à contenir des paroles d'adolescent qui feraient certainement bondir bien des parents sur leur rapport à la drogue, l'alcool et le sexe. Leur langage est parfois très cru. Notre retenue de jugement permet aux jeunes de se révéler dans leur réalité du moment. C'est la condition pour que notre accompagnement soit d'une quelconque utilité auprès d'eux. Face à leur comportement de premières déviances, seuls les retours des autres participants peuvent avoir un effet apaisant et mobilisateur.

Au bout d'une heure d'échanges une **pause réconfort** d'un quart d'heure est proposée. Les ados peuvent manger quelques gâteaux et boire, certains en profitent pour aller fumer à l'extérieur. C'est lors de ce moment que les affinités se croisent, des amitiés naissent, des amours aussi. Nous discutons alors de choses et d'autres, de leur scolarité, de leur week-end, les rires fusent.

La deuxième partie de la séance est consacrée aux activités manuelles nombreuses et diverses porteuses d'un thème en lien avec le processus de deuil. Elles ont pour but de représenter un médiateur à l'ouverture et au tremplin du travail de deuil de chacun.

Comme il s'agit d'un groupe ouvert il n'y a pas, à proprement parlé, de progression linéaire des différents thèmes. Le choix de l'activité est le plus souvent en rapport avec la séance précédente.

Derrière chaque activité manuelle, il y a une intention d'ouverture aux sentiments et aux émotions qui se profile. Les activités manuelles sont donc toujours en lien avec le défunt. Elles ont l'immense avantage de permettre aux ados de prendre de la distance vis-à-vis d'un manque tout en l'abordant, je dirais, à la fois de face et de biais.

Elles sont une restauration narcissique et permettent une relance du processus de deuil. Ce temps d'activités est un moment d'accalmie après la première partie d'échange verbal où se livrent plus abruptement les émotions. Après la violence des mots, même s'ils sont en fin de compte libérateurs, ce moment de détente qu'offre l'action de la créativité est très investi. Ce biais amène le recul nécessaire pour renouveler sa pensée face au drame subi. Les jeunes se réapproprient une maîtrise, une prise en main du rapport avec la personne défunte. Ils peuvent alors valoriser leurs intentions positives vis-à-vis du mort. Naît un retour en arrière possible qui vient réparer une action, une pensée ou un dire anciens qui ont laissé un goût amer au survivant.

Les objets fabriqués permettent aux ados de s'inscrire dans une temporalité retrouvée, et ainsi de s'échapper du présent totalitaire. Par l'intention donnée à travers l'activité manuelle, le jeune commence petit à petit à insérer le défunt dans la symbolique du souvenir. Pour Noël, pour son anniversaire, pour la commémoration, l'endeuillé fait acte et du coup prend acte.

Quelques exemples : boîte à souvenir, cadre à photo, jeu de la boîte à questions, mandala, boule de Noël, mosaïque, confection d'un objet symbolique en terre, labyrinthe - les ressources et les obstacles, escargot, jeu des temps -un verbe -un mot -un objet, ligne de vie.

Le dernier temps qui signifie la fin de la séance est consacré à l'**écoute d'un morceau de musique** pour se retrouver et reprendre contact avec l'après, on quitte nos pensées dirigées vers la perte. Un **bilan de la séance** est proposé avec le rappel de la date de la prochaine rencontre.

Tous les ans pour la dernière séance fin Juin nous nous réunissons dans une **crêperie** pour clore l'année scolaire. Cela permet aux jeunes de parler de la rentrée avec leur intention de revenir ou de ne pas revenir au groupe. S'ils ne reviennent pas en septembre alors qu'ils avaient le désir de continuer en juin, cette rencontre fait office d'un au revoir tacite. Ce moment « sucré » aide également à la grande séparation (pendant les grandes vacances) pour ceux qui ne se sentent pas prêts à voler de leurs propres ailes.



Dans ce groupe, nous nous adressons avant tout à un adolescent « endeuillé » en lutte avec la perte d'un lien affectif et non pas à un adolescent avec lequel les parents, l'école ou la société rencontrent des difficultés. Ca n'a l'air de rien mais cela change tout. Effectivement, nous, c'est-à-dire les animatrices et les jeunes, faisons connaissance avec une personne qui peut se permettre d'être totalement différente avec ce qu'il est et se montre à l'extérieur, un extérieur qui le stigmatise et sans le vouloir bien sûr, le cantonne dans un rôle et une place qui permettent un certain équilibre autour de lui. Quand une personne souffre, l'autre souffre moins.

L'étonnante homogénéité du groupe, quels que soient ses participants, se fonde sur ce préambule.

Par le détour des hasards, nous pouvons apprendre qu'à l'extérieur tel adolescent a une attitude délinquante, tel autre a des troubles du comportement, tel autre est étiqueté de déficient à l'école etc. alors qu'au sein du groupe il se montre affable, concentré, participant et enfin vif d'esprit.

Notre mission, en tant qu'animateur d'un tel groupe, est de se départir de tous ces regards jugeant car le plus souvent liés à des relations distordues et emprisonnantes.

Dans ces conditions, le jeune pourra, au contact de l'esprit du groupe et de son ambiance, faire valoir un véritable aspect de sa personnalité jusqu'alors non exprimé. Cette nouvelle position, que le groupe lui offre en tant que sujet, va être très valorisante tout en étant difficile parfois à tenir. Un jeune dira à sa nourrice « la marche est haute », et quittera le groupe pour y revenir quelque temps après, en s'apercevant que les choses changeaient pour lui, dehors, notamment sur le plan scolaire et familial.

En conclusion, le groupe **'Elan** est un support sur lequel les adolescents endeuillés peuvent prendre appui pour trouver les moyens d'un remaniement et ne pas être maintenus et poussés dans un schéma morbide et répétitif. Il est question de faire émerger le potentiel de créativité au sein de leur deuil et de leur crise d'adolescence qui se mêlent, s'emmêlent et s'entrechoquent. Nous portons le jeune dans sa position de sujet qui a des choses à dire dans le respect de ce qu'il n'a pas à nous dire.

L'adolescent trouve dans **'Elan** une adresse à laquelle le groupe ne se soustrait pas.



Marc-Elie HUON

Psychologue
CHU Brest

LE SUJET ENDEUILLÉ DU SUICIDE : DU TRAUMATISME À L'ÉLABORATION PSYCHIQUE DE LA PERTE

Celles et ceux qui s'engagent dans l'aide psychologique aux sujets endoloris par la mort d'un proche après suicide sont fortement concernés par les failles et le relâchement du lien social que concrétisent généralement les suicides aboutis.

Aucune forme de cette aide, aussi individualisée soit-elle, ne peut être envisagée sans solliciter d'une certaine manière la communauté humaine dans son histoire et dans son actualité. Plus encore, il se peut même qu'aucune de ces pratiques (professionnelles ou bénévoles) ne se réalise sans que la société ne la commande, ne la mandate et/ou ne la finance. Qui aurait pensé il y a quelques décennies encore à s'intéresser de manière spécifique aux endeuillés après suicide et à la nature même de l'accompagnement ?

Ma réflexion se centrera sur les aspects suivants :

En premier lieu, j'évoquerai la question du traumatisme, la figure qu'il peut revêtir dans le deuil après suicide et les voies de son traitement. J'y formulerai quelques propositions sur le cadre à offrir à ces endeuillés.

Le deuxième point sera consacré aux sentiments de culpabilité et à leur fonction dans l'économie psychique du sujet endeuillé.

Parallèlement, je discuterai des manifestations contre-transférentielles qui guettent certains accompagnants professionnels ou bénévoles, et de leurs incidences néfastes sur l'élaboration psychique de la perte.

Pour conclure, j'énumérerai quelques conditions pour essayer de rendre le deuil après suicide possible.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les réactions à la suite d'un suicide abouti sont variables ; toutes les personnes ne présentent pas de traumatisme psychique ni ne sont confrontées à un travail de deuil car cela est fonction du lien qui existait avec le

suicidé, des circonstances du suicide (témoin direct ou non) et de sa structure de personnalité.

Depuis Freud, le deuil désigne la réaction à la perte d'un être cher. Il s'agit d'un des plus grands états de déséquilibre que l'on peut rencontrer dans l'existence.

En ce sens, le deuil n'est pas une maladie mais il peut rendre malade : Mélanie Klein (1940) parlait du deuil comme d'une « maladie normale ».

L'EFFET POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE DU SUICIDE

La question du psychotraumatisme ou traumatisme psychique semble aujourd'hui devenir le centre des préoccupations, aussi bien des intervenants en santé mentale, c'est la moindre des choses, que des médias, cela est plus troublant. Il n'y a pas son événement qui ne justifie la présence de son psychiatre, et plus particulièrement son spécialiste en psychotraumatisme et debriefing. Tout événement, et le suicide n'y échappe pas, est suspecté d'avoir un impact traumatique, au point que certains, comme le psychanalyste Paul Laurent Assoun ont évoqué une société ou une culture du « pantraumatisme ». Selon lui, « monte au zénith du malaise de la culture la figure du préjudice ».

Il ne s'agit pas ici de nier l'existence du psychotraumatisme (même si l'on peut regretter ou questionner quant au fait que tout puisse faire traumatisme) mais de rappeler qu'il correspond à des critères cliniques et événementiels précis, en particulier sa valeur exceptionnelle, de surprise, d'effroi, confrontant le sujet au réel de la mort. Il est aussi important de rappeler l'incubation nécessaire avant l'installation des symptômes de névrose traumatique. Comme si quelque chose cherchant sa référence symbolique pendant un temps ne trouvait rien, rejouant et revivant sans cesse l'événement sur la scène imaginaire pour mieux échouer à le saisir, à le comprendre.

Si l'on s'intéresse à l'événement du suicide, il semble que l'on puisse distinguer 2 modalités :

- l'évènement-suicide comme RENCONTRE

- l'évènement-suicide comme PERTE.

Si l'on se place dans l'optique de la postvention, il est alors logique de penser que les attitudes à adopter différeront selon les modalités de l'événement-suicide, RENCONTRE ou PERTE ?

Le suicide comme rencontre, c'est la confrontation directe avec la mort, avec le réel de la mort. Cette confrontation a plusieurs effets cliniques sur le sujet :

- la perte de l'illusion d'immortalité et d'invulnérabilité,
- le court-circuit de la pensée, la perte de sens, l'insensé
- l'effroi
- l'effraction de l'appareil psychique
- le rêve répétitif, celui qui répète le moment du traumatisme.

En toute rigueur, c'est à ce tableau de confrontation directe avec la mort que l'on devrait réserver le terme de traumatisme psychique.

Celui ou celle, parmi les proches, qui découvre le corps du suicidé est confronté(e) à une vision traumatique, celle du réel de la mort. Comme le décrit très bien F. Le Bigot « il n'a pas seulement éprouvé dans l'angoisse l'imminence de sa mort, celle-ci s'est imposée à lui comme un réel qui l'a laissé, pendant une fraction de seconde, pétrifié, sidéré,... (il ajoute) cet instant le distingue désormais des autres hommes car il est porteur d'une révélation bouleversante qui s'est installée en lui de manière fulgurante, sous la forme d'une image, celle de l'événement traumatique ». Que pouvons-nous retenir de cela ? Sans doute les termes de franchissement, de transgression, de déshumanisation, d'indicible et d'insensé. « Je vous amène aux confins de l'horreur » me disait un père en faisant le récit de la découverte du corps de sa fille pendue.

Il me semble que ce qui est traumatique dans cette vision d'horreur, c'est à la fois de voir le mort, son corps, mais tout autant de voir La Mort à travers lui.

L'angoisse émane de cette impossibilité de symboliser cette scène dans laquelle le sujet s'imagine mort. En effet, nul n'a en soi une représentation de soi comme mort, un souvenir préalable à l'intérieur du psychisme auquel pourrait se raccrocher cette expérience.

L'aspect traumatique est assez souvent majoré par les circonstances de l'annonce de la mort, mais également par l'enquête de police ou de gendarmerie parfois vécue comme accusatrice et par certains propos maladroits tels que « ne t'inquiète pas ; tu verras, ça passera avec le temps » qui résonnent chez l'endeuillé comme des appels à l'oubli voire comme une seconde mort. L'approche des suicidés sur le plan judiciaire varie en fonction des lieux et des circonstances et n'est pas clairement définie. Deux champs vont venir s'interférer, le judiciaire et le médical. La recherche d'indices va générer chez la personne endeuillée de la perplexité car elle va passer d'une idée de suicide

à celle de meurtre, d'un sentiment de responsabilité : « il s'est donné la mort » → « tu y es peut-être pour quelque chose » à « il a pu être tué » → « tu y es pour quelque chose » ou encouragé à passer à l'acte.

Mme L. a été témoin direct du suicide de sa mère mélancolique par précipitation de 8 étages ; à l'arrivée de la police on lui a demandé, dit-elle, si elle ne l'avait pas poussée !!! Il peut exister une grande confusion sur sa responsabilité morale. On passe d'un état de subjectivation de l'acte dans la découverte du corps à une démarche d'objectivation de l'acte dans le cadre de l'enquête.



Anna Freud affirmait qu'il faut frapper deux fois pour produire un traumatisme : une fois dans le réel (c'est la perte) et une fois dans la représentation du réel et le discours des autres sur la personne après l'événement. C'est, en effet, bien souvent dans le discours social qu'il faut chercher à comprendre l'effet dévastateur du trauma. Le caractère traumatique est accentué par l'interdit qui pèse sur le suicide, sa réprobation par le surmoi personnel et social. A cet égard, une étude de RANGE et CALHOUN (1990) a démontré que 78 % des endeuillés après un accident de la route bénéficiaient de relations sociales améliorées contre 27 % seulement chez les endeuillés par suicide et 44 % d'entre eux mentaient sur la cause réelle de la mort.

Cette recherche démontre que les membres de la communauté ont tendance à juger négativement et à accuser sévèrement les endeuillés après un suicide, plus que les endeuillés de toute autre forme de décès.

A propos du trauma, Lucien Israël lors d'un de ses séminaires, a formulé des hypothèses qui me semblent très éclairantes pour saisir et différencier les diverses réactions face au suicide de l'autre. Pour lui, le trauma vient de l'inattendu. L'horreur attendue, quant à elle, ne produit pas de névrose traumatique. Qu'est-ce que l'inattendu ? C'est que le drame (le suicide) tombe sur l'autre ; c'était inattendu mais ça n'avait rien d'inconcevable après coup. Le raisonnement nous révèle qu'on aurait pu y penser ; ce n'était pas inconcevable mais on ne l'avait pas prévu ; le trauma est quelque chose qui survient alors qu'on n'y pensait pas.

A la différence du trauma, l'angoisse survient quand le savoir inconscient que l'autre allait se suicider, se révèle à la conscience. Ce n'est que lorsque ce savoir inconscient est perçu que peut advenir l'angoisse. La révélation de ce savoir n'est pas traumatisante mais angoissante. Le traumatisme, quant à lui, résulte de ce que nous ne pouvions pas prévoir l'autre comme futur suicidé.

Ce traumatisme de la perte brutale se vit à plusieurs niveaux : d'une part comme blessure narcissique (ils se vivent souvent comme de mauvais proches) et aussi comme une perte objectale sur le plan imaginaire et fantasmatique.

Les premiers temps de la perte confrontent l'endeuillé au choc, voire à la sidération et à l'effroi comme nous venons de le voir. Dans ce contexte de perte violente, où le narcissisme est soumis à rude épreuve, la qualité de l'accueil à chaud, les possibilités d'offrir un premier contenant à l'état d'angoisse d'anéantissement et des sentiments d'abandon constituent une première étape importante. Marquer symboliquement sa présence auprès d'eux, contenir plutôt qu'abréagir me semble un principe humanisant dans ce contexte. En effet, la

mise en mots et en représentations n'est pas possible dans l'immédiat. Il est important que les endeuillés après suicide sachent que la société peut les accueillir et qu'ils peuvent recevoir une aide psychologique ultérieure. Bien des endeuillés après suicide ne demandent pas d'aide psychologique. Or, il me semble tout à fait clair que l'offre doit anticiper la demande et lui permettre ainsi d'émerger. En effet, le sujet ne connaît pas toujours les possibilités qui lui sont offertes. Dans le domaine de l'effraction psychique, il est probablement illusoire d'attendre l'énonciation d'une demande d'aide et encore moins une demande construite de la part du sujet qui en est l'objet, du moins dans les premiers instants.

Qui plus est, il convient d'accorder et d'aménager à la souffrance une place principale au sein du soutien psychologique puisqu'elle assure d'une certaine manière la permanence de l'autre absent à l'intérieur du sujet en deuil. Elle peut constituer pour le sujet le dernier rempart contre le néant. J.D. Nasio écrit que la douleur du deuil est aussi une douleur de liaison. « Penser que ce qui fait mal, ce n'est pas de se séparer mais de s'attacher plus fort que jamais à l'objet perdu... (Il ajoute) si avec cette thèse à l'esprit vous écoutez un sujet endeuillé qui vous parle de la douleur qui l'étreint depuis la perte d'un être cher, vous serez sans doute étonné. Etonné de sentir que sa douleur n'est pas tant de ne plus avoir près de soi l'être aimé, mais de l'avoir présent, plus présent que jamais ».

L'expression de la souffrance n'est pas à entraver dans la mesure où le vécu de cette souffrance tient lieu aussi d'hommage au mort, de preuve d'amour. Soulignons que la neutralisation de cette souffrance par le biais d'une médication excessive porte atteinte à l'élaboration psychique de la perte. Une surmédicalisation de la souffrance objecte au travail indispensable de la remémoration en instaurant des clivages durables et fait naître ponctuellement chez l'endeuillé des sentiments d'usurpation. Même si aujourd'hui, beaucoup d'omnipraticiens l'ont compris, d'autres continuent allègrement à faire taire la souffrance du sujet avec la promesse du médicament et du même coup le sujet tout simplement.

Michel Hanus a montré clairement dans ses publications que le travail d'intériorisation psychique de la perte peut être gelé par le déni et le clivage psychique. Je laisse de côté le déni car selon mon expérience, le clivage apparaît être un procédé défensif plus tenace dans la clinique du deuil après suicide.

Le clivage psychique, mécanisme de protection lui aussi inévitable à la découverte de cet événement – qu'on ait été témoin ou qu'on ait reçu le récit des circonstances – s'il n'a pu être désamorcé en raison de moments d'abattement et d'anesthésie affective, peut

persister durablement et donner lieu à une complication de deuil. Cliniquement, cela se traduira, soit par l'absence d'affects liés à la scène, soit par l'absence prolongée d'images mentales, ou enfin par la sur-présence d'images traumatiques qui vient court-circuiter tout travail associatif.

Il importe alors de lever le trauma avant de travailler le détachement, les éléments traumatiques se révélant être de puissants obstacles au travail de deuil et ce à un triple niveau : celui des identifications (avec la contradiction fondamentale pour le sujet d'internaliser une présence qui a choisi la non-existence), celui de la remémoration où la violence fait obstacle aux souvenirs et bien sûr de l'élaboration des sentiments de culpabilité.

Dans ces conditions, il me semble absolument nécessaire de solliciter le sujet pour qu'il révoque l'événement à travers les premières images mentales liées à l'annonce de la mort ou à la découverte du corps du défunt, ainsi que les premiers éprouvés sensoriels et émotionnels, ou encore les premières expériences de ritualisation. Ceci pour tenter d'amorcer une nouvelle liaison entre l'affect douloureux et une représentation de l'image concernée et rendre possible le travail d'intériorisation de la perte. Un récit sera proposé et non imposé afin que « l'horreur » puisse être nommée mais aussi entendue. Le sujet s'y aventurera avec prudence, que nous devons respecter, tout en étant attentif aux retentissements de son récit sur celui qui l'écoute.

Parler de l'événement, parler de soi dans l'événement, vise à essayer d'épuiser le trauma, de fractionner l'image traumatique, de construire des liens morceau par morceau, avec des représentations.

Fréquemment, à la question du ressenti de l'événement, les sujets répondent par des métaphores qui vont aider à l'insertion de l'événement dans leur histoire pour qu'il acquière progressivement un statut de représentation et non plus de pur réel effroyable.

Cette revisite de la scène traumatique nécessite la mise en place d'un cadre solide qui peut accueillir les affects violents et les angoisses les plus primitives. Dans cet espace, l'accompagnant se doit d'être actif et capable d'empathie rapide, notamment en soutenant par des relances actives. En effet, au cours des premiers entretiens, le silence de l'accompagnant ne pourrait renvoyer l'endeuillé qu'à la répétition d'une situation de détresse. Au niveau de la neutralité de l'accompagnant, il est impératif d'en conserver le non-jugement, de ne rien vouloir pour l'endeuillé et de ne pas prendre position par rapport à l'auteur de l'acte suicidaire en se plaçant d'emblée du côté du bon objet.

En fait, les capacités d'empathie de l'accompagnant, ses qualités de rentrer en résonance émotionnelle avec

la douleur de l'intéressé tout en conservant une identification maîtrisée à son endroit constituent, selon moi, les pivots techniques de l'aide psychologique.

LA FORCE DYNAMIQUE DES SENTIMENTS DE CULPABILITÉ

La plupart des auteurs s'accordent à dire que le deuil après un suicide se signale par l'inflation des sentiments de culpabilité ou dit d'une autre manière par la férocité de leur Surmoi. L'endeuillé semble « condamné » pendant un temps non objectivable, à expier le droit d'être et de demeurer en vie.

Face à des sujets ayant perdu un proche par suicide, le premier mouvement intuitif est de « déculpabiliser ». Pourtant si nous le faisons, alors tout le saillant, la substance même de l'événement, toute l'originalité de l'expérience vécue et fantasmée avec le suicidé seront annulées et l'endeuillé ne parlera que d'une place de pure victime que nous lui aurons d'emblée attribué. La culpabilité est structurante pour l'individu qui, objectalisé par l'événement subi du suicide, peut ainsi redevenir sujet. Sa présence est plutôt de bon augure car ce sentiment témoigne du fait que l'endeuillé n'est pas devenu un objet manipulable à volonté. De ce fait, elle peut être un moyen de résister au risque de néantisation. L'endeuillé par suicide en s'appuyant sur la culpabilité peut redevenir sujet de ce qui arrive. Paradoxalement, elle sert de moteur à la reconstruction du sujet. Elle permet au deuil de s'opérer et non de se figer car, comme le soulignait P.C Racamier « bien des patients chérissent inconsciemment leur culpabilité, préférant se sentir coupables plutôt qu'incapables ».

La culpabilité consciente correspondant aux auto-reproches, erreurs affichées par l'endeuillé, est particulièrement renforcée dans le deuil après suicide en raison de l'impuissance où le sujet s'est finalement trouvé à pouvoir aider efficacement l'être aimé qui s'est finalement tué.

Le suicidé crie à l'endeuillé son impuissance « tu n'as rien pu faire pour me sauver ». SCHNEIDMAN écrivait que le suicidé imprime « un squelette psychologique » dans le cœur de la personne en deuil. Certes, tout deuil important laisse une marque, une cicatrice. Mais le suicide en rajoute, il laisse une brûlure qui s'apaisera sans jamais disparaître ; la cicatrisation reste douloureuse car elle porte une inscription « tu n'as rien pu pour moi ».

Cette culpabilité paraît différer selon les conditions de la perte. La première est celle où le suicide fut précédé de signes pré-suicidaires voire de tentatives de suicide. Michel Hanus souligne que ces antécédents permettent la mise en place préalable du processus de pré-deuil,



position que notre pratique nous invite à nuancer au regard des attitudes de déni, de banalisation des actes suicidaires, même répétés, ayant barré l'accès à un pré-deuil du côté de l'entourage.

L'autre situation est celle du raptus suicidaire. Le sentiment conscient de culpabilité est majoré dans la mesure où l'acte brutal vient signifier subitement à l'endeuillé que sa connaissance de l'être aimé n'était que partielle, qu'il y avait des dimensions inconscientes qui lui échappaient dans la relation à l'autre. Perte brutale de sa toute puissance sur l'autre mais aussi de l'illusion de détenir un pouvoir sur sa vie et enfin de disposer d'un savoir absolu à son égard, ce qui ouvre à la problématique du sens.

En effet, parmi les réactions particulièrement présentes dans un deuil après suicide, il faut citer la recherche effrénée, compulsive de sens, que l'on peut comprendre comme une tentative de maîtrise de l'endeuillé pour échapper à la désorganisation. Pourtant, la progression dans son deuil sera en partie déterminée par ses capacités à renoncer à tout savoir, à tout comprendre de cet acte si étrange, c'est-à-dire à occuper indéfiniment cette place d'interprète en quête de sens. L'évolution de son deuil sera étroitement liée à sa capacité de reconnaître et d'accepter la part d'insondable, de mystère, inhérente au suicide de l'autre. La recherche « pulsionnelle » du sens s'apaisera au moment où l'endeuillé attribuera, paradoxalement, à cette mort qui est en soi pur réel, hostile et étrangère, une valeur symbolique. Celle, à minima, que le suicide, à défaut de le comprendre, est toujours le signe tangible d'une souffrance insupportable.

Le suicide de l'être cher contraint l'endeuillé à penser. Poussé à penser, il élabore une version explicative du suicide, un « roman personnel du suicide » qui s'apparente à ce que R. Gori et M. Josée Del Vogo (1994) ont nommé « roman de la maladie ». Cette théorie profane rencontre souvent des obstacles dans sa création lorsque l'endeuillé, happé par la pulsion épistémophilique, recense l'abondance des théories explicatives disponibles et désormais consultables sur internet. Ainsi, j'ai le souvenir d'un homme dont l'épouse s'était pendue quelques mois avant qu'il ne consulte et qui procéda à l'examen attentif de toutes les données relatives au phénomène suicidaire répertoriées sur le web. La finalité était claire : « trouver la cause » selon ses propres termes. Il traversa des moments de désarroi et de découragement devant la somme des approches proposées et surtout au regard des inéluctables dissonances inhérentes aux nombreux modèles de compréhension du suicide. Plus il se documentait, moins il

savait. Son amélioration psychique est survenue quand il mit un terme à cette recherche compulsive et surtout créatrice de confusion.

Il est probable que les personnalités au narcissisme très exigeant ressentiront les pires difficultés à interrompre cette quête compulsive de sens, refusant d'accéder à un savoir, lequel nécessite la reconnaissance d'un manque.

Lorsqu'ils énoncent leur culpabilité, certains font référence à une image idéale d'eux-mêmes remise en cause par leur attitude : « je n'ai pas voulu voir et je n'ai pensé qu'à moi ». Ainsi leurs propos concernant leur culpabilité, à certains moments, se teintent de honte et se confondent avec elle. Ils représentent plutôt une attaque de l'estime de soi, une blessure narcissique de n'avoir pas tenu le coup, de n'avoir pas été à la hauteur de ses ambitions, d'avoir été passif, d'avoir laissé faire. La honte ressentie est liée à la confrontation avec l'idéal du moi, à l'échec de la confirmation narcissique et bouleverse les rapports que le sujet entretenait avec lui-même, déchu à ses propres yeux parce qu'il n'a pas su faire face. Là encore, il ne s'agit pas d'évacuer hâtivement la honte, mais d'en favoriser l'expression et lui aménager toute sa valeur dans la restauration et l'affirmation de l'identité du sujet.

Pourtant, les manifestations de la culpabilité consciente ne sont pas suffisantes pour que s'opère convenablement le travail de deuil. Elles font même souvent obstacle à l'émergence nécessaire de la culpabilité inconsciente.

Les sentiments inconscients de culpabilité sont directement liés à l'ambivalence des liens qui unissaient le défunt et le survivant.

Cette ambivalence des liens est difficile à reconnaître, à mobiliser (et ne sera rendue possible que par la présence d'un tiers) car elle attaque l'autre dans sa propre image. Le dévoilement de

l'ambivalence empêche en réalité que ne s'installe l'idéalisation prolongée à l'autre disparu, l'amour cristallisé autour de son image idéalisée qui risqueraient d'aboutir à un passage à l'acte suicidaire ou à une mélancolisation. L'actualisation consciente de l'ambivalence est très progressive et réclame souvent du temps.

La traversée d'un deuil dépend étroitement de la possibilité pour l'individu d'intégrer les culpabilités et agressivités vis-à-vis de la personne absente, c'est-à-dire de réactualiser l'ambivalence. Nous rejoignons là la conception du travail de deuil de D.W. Winnicott.

Freud, en son temps, avait déjà repéré que la mélancolie était évitée par le vécu conscient de cette lutte dialectique entre l'idéalisation à l'objet perdu et la haine qui permet d'y mettre un terme, de s'en défaire.

Les manifestations de la culpabilité consciente ne sont pas suffisantes pour que s'opère convenablement le travail de deuil.

L'aspect fondamental de l'accompagnement porte, de ce fait, sur le destin des affects agressifs. L'agressivité est double, celle qui est infligée par l'acte même du suicide aux autres qui restent et celle que ces derniers éprouvent souvent secrètement vis-à-vis du défunt. L'extériorisation de l'agressivité à l'égard de l'objet perdu évite qu'elle ne se décharge sur le Moi du sujet endeuillé et ne produise sa dissolution, voire son extinction. Ainsi, examiné sous cet angle, le deuil après suicide augmente le risque de mortalité par suicide.

Cette agressivité trouvera peut-être sa résolution par le pardon. Pardonner, c'est admettre que l'autre nous a offensés, violentés par son geste, mais aussi reconnaître qu'on ne lui tient plus rigueur. Julia Kristeva a proposé en 1998 une réflexion sur la notion de pardon qui a retenu mon attention pour la compréhension psycho-dynamique du deuil par suicide. Elle rappelait que « le pardon n'est pas un effacement, il opère une coupure de la chaîne persécutrice des causes et des effets, une suspension du temps à partir de laquelle il est possible de commencer une autre histoire ». « Commencer une autre histoire », ouvrir la possibilité de renouvellement sont, me semble-t-il, les voies offertes par le pardon à celles et ceux qui, au cours de leur deuil, y accèdent. Par le pardon, la violence persécutrice du suicide se transforme en recommencement. Par ailleurs, le mot rémission habituellement employé dans l'évolution de certaines pathologies (les cancers en particulier), m'apparaît traduire la même idée que le pardon tout du moins dans son acception religieuse c'est-à-dire l'absolution, la remise de peine après la reconnaissance du « pêché ». En effet, c'est bien de remise de peine, de chagrin dont bénéficie et éprouve un certain nombre de sujets endeuillés après un suicide au fil de leur itinéraire psychique en vivant le pardon ou la rémission. Ainsi, tout se passe comme si la sanction incarnée par le suicide de l'autre arrivait à sa terminaison.

LES MANIFESTATIONS CONTRE-TRANSFÉRENTIELLES

Elles ne manquent jamais. Généralement le transfert est massif et immédiat, parce que le sujet endeuillé est désorganisé voire morcelé par l'événement violent. Il a perdu transitoirement ses contenants psychiques et s'étaye provisoirement sur ceux de l'aidant. Ce dernier se doit d'éviter plusieurs écueils :

- Le deuil par suicide fait parfois résonance avec les deuils personnels mal symbolisés, d'où la nécessité pour l'écouter d'avoir cicatrisé les blessures narcissiques consécutives à des pertes personnelles.
- La volonté de comprendre le suicide, d'en reconnaître les raisons intimes. Le danger tient alors à la tentation de s'identifier au suicidé en rendant secondaire la

parole et la place du sujet en deuil.

- L'idéalisation inconsciente, voire consciente, du suicide de la part de certains adultes même soignants. Il me semble pernicieux pour ces endeuillés de rencontrer de tels adultes adoptant des positions idéologiques par risque de leur transférer ce type d'idéalisation. Aussi, l'éthique est fondamentalement convoquée lorsqu'on œuvre pour une prévention du suicide ou lorsque nous sommes engagés dans l'accompagnement d'endeuillés par suicide. Ne l'oublions pas car sans elle (l'éthique), une politique de la permissivité totale ou de son contraire autrement dit l'hygiénisme est à craindre.

En tout cas, tous ces risques contre-transférentiels imposent que chaque accompagnant fasse sa « toilette contre-transférentielle » selon l'expression de Barrois pour se protéger de ses propres projections.

LES CONDITIONS DE RÉOLUTION DU DEUIL PAR SUICIDE

La possibilité de se désidentifier de la cause de la mort, tout en admettant l'ambivalence inévitable du lien au disparu. Le sujet parvient à se sevrer de la toute puissance de ses pensées et désirs.

Le deuil par suicide implique un renoncement à posséder les coordonnées logiques de l'acte suicidaire. Le sujet se résigne à connaître la vérité de l'auteur de l'acte et se limite au scénario explicatif qu'il a lui-même élaboré.

Le deuil par suicide passe probablement par la voie du pardon. Le sujet se pardonne ses fautes imaginaires et/ou réelles et pardonne à l'être aimé son acte de désespoir.

L'issue sera fonction de l'offense narcissique consécutive à la perte ; elle-même dépendante de la vulnérabilité des assises narcissiques antérieures de l'endeuillé tout comme de la place de cet événement dans l'histoire du sujet.

Il faut aussi, tout particulièrement pour le deuil par suicide, que les générations psychiques soient suffisamment différenciées, que les imagos familiales ne soient pas brouillées, pour rendre possible le nouage de la chaîne généalogique et empêcher les répétitions transgénérationnelles de certains actes suicidaires.

Le deuil par suicide doit être fortement ritualisé, symbolisé et vécu en commun. Il a besoin d'une cicatrice généalogique. Dans les morts par suicide, l'héritage psychique qui vise symboliquement à assurer une continuité entre les générations est en péril. Le traumatisme, la honte, l'incertitude relative aux véritables motifs de l'agir suicidaire constituent autant de facteurs qui augmentent considérablement après coup



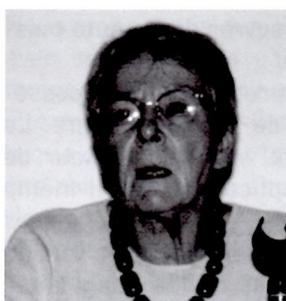
la formation de secrets de famille ayant pour effet de rendre périlleux le travail pourtant impérieux de la transmission. La question de savoir ce que l'endeuillé hérite à travers les âges, ce qu'il partage avec ses descendants et ce qu'il leur transmet se pose avec acuité au cours du deuil après suicide.

CONCLUSION

Traumatisme, sentiments de culpabilité, honte, non sens, offense narcissique : ces éprouvés s'activent plus ou moins intensément lorsqu'un sujet est exposé à la mort d'un objet élu à la suite d'un suicide. L'élaboration de cette perte si particulière implique souvent une aide extérieure à la famille elle-même affectée. Ainsi, inscrire le suicide dans l'histoire familiale nécessitera souvent de travailler de manière croisée avec d'autres membres afin de rétablir la communication. Dans cette perspective, développer l'espace interpsychique des sujets, permettra de s'appuyer sur la complémentarité des fonctionnements et répondra à une inquiétude généralement exprimée par les endeuillés quant aux

conséquences néfastes du deuil sur le devenir du couple ou de la famille. Cet accompagnement pourra prendre la forme d'entretiens individuels, en couple ou en famille afin de permettre à la parole de circuler et de briser l'inertie déjà repérée par Freud en 1915, celle qui consiste « à essayer de tuer la mort par notre silence ». Entre le soutien familial et la réponse psychologique et psychiatrique, il manque encore dans notre pays un espace intermédiaire qui propose un lieu d'échanges et de parole, une invitation au partage de la souffrance pour faire basculer avec l'image et l'agir suicidaire. Les associations d'aide et d'écoute peuvent représenter cet espace mais elles demeurent mal réparties géographiquement en France et souvent méconnues du plus grand nombre. Or, il est important que l'offre d'aide soit identifiable socialement.

Le deuil après suicide plaide en faveur d'une plus grande humanité. Ce qui n'empêche pas de continuer la réflexion sur ce que le suicide interroge chacun d'entre nous sur son rapport à la mort.



DEUIL ET GRAND ÂGE

Françoise FELIN

Cadre de Santé
Consultante et formatrice
IQualis Santé

Mon intervention va s'articuler autour de trois thèmes présentés très succinctement : la vieillesse, la mort et le deuil

J'utilise volontiers le terme de Vieux. Il est pour moi emprunt de respect et de tendresse et n'a aucune intention discriminatoire d'âgisme.

LA VIEILLESSE

Tu vas avoir quatre-vingt-deux ans. Tu as rapetissé de six centimètres, tu ne pèses que quarante-cinq kilos et tu es toujours belle, gracieuse et désirable. Cela fait cinquante-huit ans que nous vivons ensemble et je t'aime plus que jamais. Je porte de nouveau au creux de ma poitrine un vide dévorant que seule comble la chaleur de ton corps contre le mien.

André GORZ*

Vieillesse : que signifie ce mot ? De qui parle-t-on ? Qu'est-ce que l'âgisme ?

On a créé arbitrairement des tranches d'âge :

- De 60 à 75 ans, ce sont les Seniors, dits actifs. Ils sont alors à l'âge de « la plénitude »

Ils ont du temps pour faire ce qu'ils ont envie s'ils sont en bonne santé et s'ils ont des moyens pécuniaires : voyager, faire des croisières, etc.

Ils font de la gymnastique, de la marche pour se main-

tenir en forme ; jusqu'à, pour certains, être victimes de la tyrannie du jeunisme.

Ils ont des activités bénévoles, des activités intrafamiliales (aide aux enfants et aux parents âgés) attendent les mariages et les naissances... Ou bien, ils font du macramé, de l'ordinateur ou des formations « pour le plaisir ».

Mais ces mêmes seniors, avec le minimum vieillesse, dans un logement exigu ou malades, sont des **vieux**, ils deviennent **vulnérables**.

- De 75 à 85 ans, ce sont des personnes âgées, des anciens, des vieilles personnes, des vieux.

Ils sont à l'âge des « poly-mini handicaps ». Ils entendent et voient mal, se fatiguent à la marche et même à ne rien faire.

- Après et jusqu'au Grand âge, ce sont des vieillards. Ils représentent « le 5^{ème} risque »*.

A leurs handicaps, s'ajoutent les « poly pathologies ». Ils deviennent dépendants et sont accusés de « coûter

cher » à la société, qu'ils soient chez eux ou en institution. En fait, ils ne coûtent pas cher parce qu'ils sont âgés mais parce qu'ils sont malades et/ou handicapés (ce n'est pas un problème d'âge).

En effet, il y a « de belles centenaires » qui vivent chez elles, parfaitement autonomes et soufflent leurs bougies sous le regard ému de toute leur descendance regroupée à cette occasion.

Pour information

D'ici à 2015, la France comptera 2 millions de personnes de plus de 85 ans contre 1,3 million aujourd'hui. L'augmentation prévisible du nombre de personnes âgées à l'horizon 2040 est de l'ordre de 1 à 1,5 % par an.

Selon le Centre d'analyse stratégique, le nombre de personnes présentant de forts handicaps devrait passer de 660 000 en 2005 à 940 000 en 2025.

LA FIN DE VIE

Elle dépend des conditions dans lesquelles elle se déroule. La mort prend alors des visages fort différents

- La personne âgée peut être restée à son domicile, celui d'un enfant ou d'un proche. Elle peut s'éteindre tout doucement, en pleine lucidité et sereine, entourée des siens attentifs, prévenants et éplorés.

A ce même domicile, ce peut être l'enfer si, comme chantait Jacques Brel : « *Et puis y a la toute vieille qu'en finit pas de vibrer et qu'on attend qu'elle crève, vu que c'est elle qu'à l'oseille et qu'on n'écoute même pas ce que ses pauvres mains racontent...* ». Dans ces cas-là, on observe souvent de la maltraitance psychologique, financière ou physique allant de la négligence à la brutalité. Ces violences représentent encore un tabou au sein du huis clos familial.

Le 3977 numéro d'appel national.*

- La personne âgée a été placée en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

La personne âgée n'est pas toujours, voire rarement consentante à une entrée en institution. Elle y est orientée par ses proches qui, pour des raisons diverses et souvent sous prétexte sécuritaire, l'ont « placée ».

Cette décision est parfois inéluctable, lorsque la prise en charge au domicile n'est plus possible, par manque de moyens (temps, espace, disponibilité...) Pas par manque de moyens pécuniaires, car, le maintien à domicile est moins onéreux que n'importe quelle institution et des aides existent. Aides financières : APA*, aides matérielles, aides en personnel (trop rare et insuffisamment formé).

Dans les EHPAD, la mort est souvent « bâclée ».

Le personnel, peu ou pas préparé à la fin de vie, est désemparé lorsqu'arrivent les complications finales et se trouve confronté à l'agonie et la mort.

Dans les deux cas, lorsqu'une pathologie s'aggrave ou qu'est survenue une chute, la personne âgée est conduite dans un service d'urgences hospitalier où elle va devoir attendre souvent longtemps avant d'être orientée vers un service d'accueil médical ou chirurgical.

Ces services sont peu, voire nullement formés à la gériatrie.

Alors, privée de ses repères, astreinte au rythme des soins « curatifs », la personne âgée sombre rapidement dans le mutisme, la grabatisation et se laisse mourir. *C'est le syndrome de glissement.*

LE DEUIL

Les étapes du deuil selon le Dr Christophe Fauré*:

- la phase de choc, de sidération, de déni
- la phase de recherche
- la phase de déstructuration
- la phase de restructuration

Deux cas envisagés:

- La mort d'un proche vécu par une personne âgée (le vieux en deuil)
- La mort d'une personne âgée vécue par un proche.

Dans le grand âge, ces étapes n'existent pas ou suivent un schéma différent

Premier cas : La personne âgée en deuil.

Le deuil sera différent selon la personne disparue :

- **La perte du conjoint.**

Après l'incompréhension, va venir le temps de la recherche, de l'attente d'un impossible retour, de la déstructuration. Mais la force de vie restante ne permettra pas la restructuration.

La personne âgée qui a perdu son compagnon de vie, lorsque le chagrin se sera apaisé, va mourir d'ennui et d'indifférence, mourir de « froid intérieur » *. Françoise Chandernagor.

Les proches sont repris par le rythme de leur propre existence, le vieux se retrouve seul.

« Les vieux ne parlent plus ou alors seulement parfois du bout des yeux

Même riches ils sont pauvres, ils n'ont plus d'illusions et n'ont qu'un cœur pour deux »

« Les vieux ne meurent pas, ils s'endorment un jour et dorment trop longtemps

Ils se tiennent la main, ils ont peur de se perdre et se perdent pourtant

Et l'autre reste là, le meilleur ou le pire, le doux ou le sévère



Cela n'importe pas, celui des deux qui reste se retrouve en enfer

Vous le verrez peut-être, vous la verrez parfois en pluie et en chagrin

Traverser le présent en s'excusant déjà de n'être pas plus loin »

Jacques Brel

- La perte d'un enfant

Paradoxalement, le vieux va survivre.

Il va se sentir amputé d'une de ses ailes, mais il a perdu déjà beaucoup de « plumes » durant sa longue vie.

Ces plumes, ce sont tous les renoncements inhérents à l'âge, qui préparent à l'arrivée au but final de la vie.

Renoncements qui ont été autant de deuils : perte d'être chers, perte de situation sociale, d'amour, d'illusions, de capacités physiques et intellectuelles.

- **La perte des vieux amis, des amants** qui permettaient de ressasser des souvenirs idylliques ou perte des vieux ennemis, des rivaux qui entretenaient rancœurs et haines.

Tous ces sentiments qui donnent du sens à la vie, sont des moteurs de survie.

Lire les Chaudoudoux de Claude Steiner*

Deuxième cas : faire le deuil des parents âgés.

Même si c'est dans « l'ordre des choses », le chagrin est toujours grand même si l'âge ou les circonstances médicales laissent penser qu'un décès était probable. Le chagrin s'accompagne souvent de **nostalgie, de pénibilité et de culpabilité**.

Nostalgie de l'enfance, voire de toute la durée de vie où on était le « **Petit** » de quelqu'un. On se retrouve orphelin envahi de souvenirs que seule la fratrie, si elle existe, va pouvoir partager.

Pénibilité des formalités de succession, du tri des biens acquis par le défunt au fil de toute sa vie.

Culpabilité de n'avoir pas été assez présent, attentif durant nombre d'années et surtout lors des dernières, voire au moment de la mort.

On se reproche d'avoir éprouvé de la colère, de l'agacement, du ressentiment, du dégoût... On a honte d'avoir souhaité que cela cesse, qu'il disparaisse parce qu'on ne le supportait plus. Honte d'être soulagé de le voir mort.

On se laisse submergé par des sentiments négatifs, jusqu'à ce qu'on se reforge une belle image du parent et qu'on ne garde que les bons souvenirs

A tout cela s'ajoute, si un des parents survit, l'incertitude de son devenir et l'appréhension des nouvelles difficultés qui vont surgir.

Cas particulier : deuil et démence* (la maladie d'Alzheimer ou démence apparentée)

Pour les déments

Comment annonce-t-on les décès ?

Comment, lorsque la communication verbale est impossible, savoir si le dément a compris et s'il souffre ?

Pour les proches :

Comment fait-on le deuil du parent vivant qui ne vous reconnaît plus, qui vous a effacé de sa mémoire ?

Comment est vécue la disparition physique du dément, alors que la disparition affective existe déjà ?

Le sentiment de culpabilité est très fort : « Je n'ai pas tout compris » « Je l'ai abandonné »

Citation d'un auteur inconnu :

« A un homme âgé et fatigué qui, chaque jour, venait dans une institution voir sa femme atteinte de la maladie d'Alzheimer, une infirmière a demandé : « Serait-elle contrariée si un jour vous ne veniez pas lui rendre visite ? »

Il a répondu : « elle ne sait plus qui je suis, elle ne me reconnaît plus depuis cinq ans »

L'infirmière a été surprise et lui a demandé : « pourquoi venez-vous tous les après-midi, si elle ne vous reconnaît plus ?

Il a souri et a dit : « Elle ne me reconnaît pas, mais moi, je sais encore qui elle est ».

CONCLUSION

La personne de grand âge, quels que soient ses handicaps, reste un individu à part entière.

Cependant, elle est un être vulnérable souvent stigmatisé, abandonné et exclu, dont les comportements nécessitent une adaptation de la part des soignants, des proches, des aidants et des bénévoles.

Cette adaptation ne peut se faire que si la connaissance, donc la formation se développent dans notre pays.

Le deuil dans le grand âge a besoin, comme tout deuil, de compréhension et d'accompagnement.

Sujet de réflexion

Par manque de moyens, manque de formation spécifique, banalisation, stigmatisation exercée à leur rencontre, les personnes les plus vulnérables que sont les personnes âgées atteintes de troubles mentaux, d'une affection dégénérative liée à l'âge ou maladie neuro-dégénérative : maladie d'Alzheimer ou démence apparentée, ne sont pas prises suffisamment en

charge médicalement. La psychiatrie gériatrique est très en retard en France. Notre pays est classé par l'OMS en 18^{ème} position mondiale en terme de structures et d'organisation de soins en psychiatrie de la personne âgée.

« Aujourd'hui, des centaines de millions de personnes dans le monde souffrent de troubles mentaux pour lesquels nous disposons de traitements efficaces. Malheureusement, le coût de ces traitements - qui inclut la formation continue du personnel, la coordination des systèmes de soins, l'approvisionnement régulier en médicaments, le développement des services de réadaptation, l'évolution de l'enseignement psychiatrique - est trop souvent considéré comme excessif en raison de la faible priorité accordée à la santé mentale par nos gouvernements. Plus que jamais, il incombe aux Etats, développés et moins développés, et aux psychiatres de tout ordre d'engager les combats sociaux et politiques nécessaires à l'amélioration globale du niveau de santé mentale dans le monde »

Norman Sartorius.

Autres sujets d'éthique sociale :

Les soins palliatifs, l'euthanasie, l'association ADMD, les directives anticipées, les dons d'organes

Bibliographie

*André Gorz (journaliste et philosophe) « *Lettre à D. Histoire d'un amour* » Paris, Galilée, 2006

* Norman Sartorius (psychiatre croate): « *Mon combat pour la santé mentale* » aux Ed. Odile Jacob

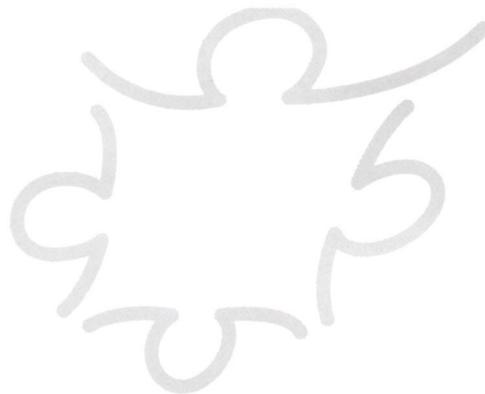
*Françoise Chandernagor (écrivain) : « *La première épouse* ». Collection poche

*Christophe Fauré (Psychiatre) spécialisé en soins palliatifs. Auteur, en outre, de « *Vivre le deuil au jour le jour* » « *Vivre ensemble la maladie d'un proche* » « *Après le suicide d'un proche* »

*Claude Steiner (psychologue et écrivain) adepte de l'analyse transactionnelle fondée par Eric Berne. « *Le conte chaud et doux : les Chaudoudoux* » Inter édition

*Robert Hugonot (médecin gériatologue) « *La vieillesse maltraitée* » Ed. Dunod

*Jérôme Pélissier (écrivain, chercheur en psychogérontologie) « *La nuit, tous les vieux sont gris* » Ed. Bibliophane



Petit glossaire

*Démence : privation de l'esprit

*Stigmatisation : marquer des stigmates (blessures, cicatrices), noter d'infamie, condamner définitivement et ignominieusement

*L'APA (Allocation Personnalisée à l'Autonomie) depuis le 1er janvier 2002 est une aide financière attribuée aux personnes d'au moins 60 ans qui, malgré les soins qu'elles reçoivent, ont besoin d'être aidées pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou requièrent une surveillance particulière

*Le 5^{ème} risque, également nommé « risque dépendance » ou « risque de perte d'autonomie ».

Considérant que les quatre branches de la Sécurité sociale (maladie, accidents du travail et maladie professionnelle, vieillesse) ne seront pas en mesure de répondre à ce défi démographique, le gouvernement envisage d'assurer la prise en charge de la dépendance par la création d'un "5^{ème} risque", combinant un financement public au titre de la solidarité et la mise en place d'une assurance individuelle encouragée par des incitations fiscales. D'où l'emploi de l'expression "5^{ème} risque", avec la dimension assurantielle qu'elle suppose, préférée à celle de "5^{ème} branche" de la Sécurité sociale.